



Hanze

Markling



Food for Care

Hoe lokale foodbedrijven
voedsel kunnen leveren
aan de zorg

share your talent. move the world.



Markling

Food for Care

*'Hoe lokale foodbedrijven
voedsel kunnen leveren
aan de zorg'*

Juni 2024



Marketing

Food for Care

*'Hoe lokale foodbedrijven
voedsel kunnen leveren
aan de zorg'*

Eindrapport Project RAAK.MKB 14.023

Onderzoeksteam en auteurs:

Dr. Karel Jan Alsem,

Lector Marketing en Ondernemen

Drs. Bert Niewold

Drs. Rick Hogerhuis

Drs. Ronald Peeks

Drs. Bauke Feenstra

Bas Berens Bsc

Danielle Hendrikse MSc

Drs. Arjen Onrust

Dr. Harriët Jager-Wittenaar,

Lector Healthy Ageing en Malnutrition

ir. Priya Dewansingh-Leeffers

Willem-Jan Tuinman BSc

Juni 2024

Samenvatting

In deze studie, gesubsidieerd door SIA-Raak-MKB, is onderzocht in hoeverre lokale voedselproducenten voedsel kunnen leveren aan zorginstellingen. Hoewel beide partijen, dus aanbieders en vragers, dat wel zouden willen, blijkt dit in de praktijk nog weinig te gebeuren. In deze studie onderzoeken we wat daarvan de oorzaken zijn en hoe die zijn op te lossen. Doel is adviezen te kunnen geven over: de samenwerking binnen zogeheten foodhubs, de keuze van de doelgroep en de waardepropositie, en de vier marktinstrumenten product, prijs, kanalen en communicatie. De motivatie hiervoor komt voort uit het feit dat lokale voedsellevering aan de zorg (zoals ziekenhuizen en ouderenzorginstellingen) het voordeel heeft dat het de lokale economie en de positie van landbouwers versterkt. Maar ook dat patiënten het eten mogelijk 'leuker' vinden waardoor ze wellicht meer eten wat goed kan zijn voor het herstel. Ook heeft het een duurzaamheidsvoordeel door de kortere transportafstand.

Verschillende methoden zijn gebruikt om de problematiek te onderzoeken: interviews met eigenaren van foodhubs en met inkopers van ziekenhuizen, een enquête onder patiënten in een ziekenhuis, het van dichtbij observeren hoe leveringen wel of niet tot stand komen (monitoring en 'action research'), het analyseren van financiële en duurzaamheidsresultaten van leveringen, en een gecontroleerd experiment met lokaal voedsel in een intramurale ouderenzorginstelling.

Allereerst is geconcludeerd dat patiënten in grote meerderheid liever lokaal dan niet lokaal voedsel willen. Overigens is hierbij niet precies af te bakenen wat 'lokaal' is, bijvoorbeeld Noord-Nederland of gewoon Nederland. Ook blijkt dat zowel foodhubs als zorginstellingen zelf heel gemotiveerd zijn om leveringen voor elkaar te krijgen. Er liggen dus mooie mogelijkheden in regio's om lokaal geproduceerd voedsel te stimuleren wat grote maatschappelijke voordelen heeft.

Toch lijken zorginstellingen niet altijd meer geld over te hebben voor lokaal voedsel wat vaak wat duurder is dan niet lokaal voedsel. Een probleem lijkt te zijn dat lokale voedselproducenten wel willen switchen naar voedsel dat grote zorginstellingen willen, maar er dan wel zeker van willen zijn dat dat afgenomen wordt tegen een vaak wat hogere prijs dan nu betaald wordt aan de huidige leveranciers. Maar zorginstellingen aarzelen om zich te committeren aan een afnamegarantie tegen een hogere prijs. Ook zijn ze vaak gebonden aan contracten met bestaande leveranciers die vaak maar beperkte afname van derden accepteren. Daardoor ontstaat een kip-ei situatie. Als zorginstellingen wel die stap durven maken en ook om naast de huidige leverancier een lokale foodhub in te schakelen, liggen er goede mogelijkheden.

Maar aan de kant van de foodhubs valt ook veel te verbeteren want zij zijn niet altijd voldoende toegerust in organisatie en marketing om een goede gesprekspartner te zijn voor een ziekenhuis. Het beste businessmodel voor een foodhub is: een slagvaardige samenwerking binnen een korte voedselketen dus met directe relaties met landbouwers, in de zorg zich richtend op kleinere zorginstellingen, als waardepropositie kiezen voor 'goed voor de regio', een productaanbod dat aantoonbaar van constante kwaliteit is en HCCP gecertificeerd, een prijs die tot stand komt in onderhandeling met de zorginstelling, een professionele website en 'interface' met data-uitwisseling, en personen in huis die in staat zijn op klantgerichte wijze relatie met *decisionmakers* in de zorg aan te gaan.

Mogelijk vervolgonderzoek ligt in het verder implementeren van onze aanbevelingen en ook het meenemen van andere doelgroepen zoals kleinere zorginstellingen (de focus in deze studie lag op ziekenhuizen) maar ook kennisinstellingen en gemeentelijke organisaties. Want als zij in grote mate lokaal voedsel inkopen ontstaan ook maatschappelijke voordelen.

Voorwoord

Dit rapport is het eindrapport van een door SIA-RAAK gesubsidieerd project (Raak.MKB 14.023). De looptijd van deze studie was van januari 2022 tot en met juni 2024. Doel was om te onderzoeken hoe levering door lokale foodbedrijven aan zorginstellingen kan worden gestimuleerd en bij voorkeur via een korte keten dus met zo weinig mogelijk tussenschakels. Daar zitten namelijk diverse mogelijke voordelen aan: het wordt als 'leuker' en 'lekkerder' ervaren door zorgcliënten waardoor ze misschien ook meer eten en er minder ondervoeding optreedt, het levert een beter inkomen voor lokale landbouwers en handelaren op en is daarmee goed voor de lokale economie, en het is mogelijk wat minder belastend voor het milieu vanwege minder transport- en verpakingskosten.

Een woord van dank is verschuldigd aan SIA-RAAK voor de subsidieverlening. Daarnaast danken we diverse marktpartijen die in belangrijke mate meewerkten: de ziekenhuizen Martini Ziekenhuis, Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Tjongerschans en Nij Smellinghe, ouderenzorgorganisatie ZINN, en de foodbedrijven Boer en Chef, Botmas en Eten Uit De Regio. Daarnaast hebben diverse partijen op beperktere schaal ook bijgedragen, waaronder diverse ondervraagde foodhubs. We danken het Martini Ziekenhuis expliciet voor de gastvrijheid van een groot symposium dat we halverwege dit traject hebben mogen uitvoeren bij hen.

Het project stond onder leiding van het Lectoraat Marketing en Ondernemen van de Hanze in Groningen. Diverse onderzoekers verbonden aan dit Lectoraat participeerden. Ook het Lectoraat Healthy Ageing en Malnutrition leverde bijdragen met drie onderzoekers.

Met onze studie staat het stoplicht voor de levering van lokaal voedsel aan zorginstellingen nog niet helemaal op groen. We hopen met onze bevindingen en aanbevelingen wel dat dit een beetje groener is geworden. Aanvullende studies kunnen helpen om de laatste belemmeringen weg te nemen.

Groningen, juni 2024

Namens het onderzoeksteam,

Karel Jan Alsem, Lector Marketing en Ondernemen

Inhoudsopgave

1	Aanleiding en vraagstelling	13
1.1	Aanleiding	13
1.2	Doel van dit project	16
1.3	Opbouw rapport	17
2	Theoretisch kader en onderzoeksopzet	19
2.1	Praktijkervaringen met korte ketens	19
2.2	Wetenschappelijke kennis over lokale korte voedselketens	23
2.3	Onderzoeksvraag en conceptueel model	29
3	Meningen van foodhubs	31
3.1	Aanpak	31
3.2	Ervaringen in het algemeen	33
3.2	De keten	34
3.3	Ervaringen met zorginstellingen	35
3.4	Verwachtingen over de samenwerking met ziekenhuizen	36
3.5	Conclusies	37
4	Meningen en wensen van inkopers in de zorg	39
4.1	Aanpak	39
4.2	Huidige werkmethoden en beleid met betrekking tot duurzaamheid	40
4.3	Waar en hoe momenteel voedsel afgenomen wordt	41
4.4	Productiemethoden van voedsel	43
4.5	Patiëntbehoeften	43
4.6	Kwaliteit van voeding	44
4.7	Uitdagingen	45
4.8	Conclusies	46

5 Voedselbehoeften van patiënten	49
5.1 Inleiding	49
5.2 Doel en opzet van deelstudie	50
5.3 Resultaten	53
5.4 Conclusies en discussie	59
6 Naar een prototype van samenwerking	65
6.1 Aanpak	65
6.2 Waardeproposities en productaanbod	65
6.3 Prijs	67
6.4 Channels	67
6.5 Communicatie	68
6.6 Eisen aan een foodhub en het ziekenhuis	68
7 Organisatie van leveringen en resultaten	71
7.1 Inleiding	71
7.2 Onderzoeksverantwoording	72
7.2.1 De korte versus de lange keten	72
7.2.2 Conceptueel model	74
7.2.3 Kernbegrippen	75
7.2.4 Onderzoeksmethode	76
7.3 Analyse van samenwerking binnen de ketens	78
7.3.1 Eten Uit De Regio (EUDR)	78
7.3.2 Boer & Chef	84
7.3.3 Botmas	88
7.3.4 Samenvatting resultaten vanuit een ketenperspectief	92
7.4 Monitoring leveringen foodhubs	94
7.4.1 Levering Eten Uit De Regio naar Wilhelmina Ziekenhuis Assen	94
7.4.2 Levering Boer & Chef aan Tjongerschans	98
7.4.3 Levering Botmas aan Tjongerschans	100
7.4.4 Conclusies monitoring-onderzoek	101
7.5 Conclusies	103

8 Ervaringen in de praktijk	105
8.1 Inleiding	105
8.2 Waardepropositie	105
8.3 Product	106
8.4 Prijs	108
8.5 Plaats en logistiek	109
8.6 Communicatie en marketing	110
8.7 Ervaringen van inkopers	111
8.8 Conclusies	113
9 Impact van lokaal voedsel op de beleving van zorgnemers	115
9.1 Inleiding en vraagstelling	115
9.2 Onderzoeksaanpak	116
9.3 Resultaten	122
9.4 Evaluatie door de zorginstelling	123
9.5 Conclusies	124
10 Conclusies en aanbevelingen	127
10.1 Conclusies	127
10.1.1 Doel en model	127
10.1.2 De wens van de patiënt	128
10.1.3 Samenwerking en organisatie	128
10.1.3 Kosten en andere KPI's	129
10.1.4 Marketingstrategie	130
10.1.5 Product en prijs	131
10.1.7 Plaats	132
10.1.8 Communicatie	132
10.1.9 Hoofdconclusie	132
10.2 Aanbevelingen	133
10.2.1 Foodhubs	133
10.2.2 Zorginstellingen	134
10.2.3 Suggesties voor vervolgonderzoek	135
Referentie lijst	136
Bijlage A: Vragenlijsten experiment ZINN	143

A man with a beard and short brown hair is crouching in a large, well-lit barn. He is wearing a blue and green plaid button-down shirt over a white t-shirt, dark blue trousers, and tall green rubber boots with yellow soles. He is smiling at the camera. In the background, several black cows are visible in a stall, and the barn's metal structure and skylights are prominent.

Aanleidingen vraagstelling

1

Aanleiding en vraagstelling

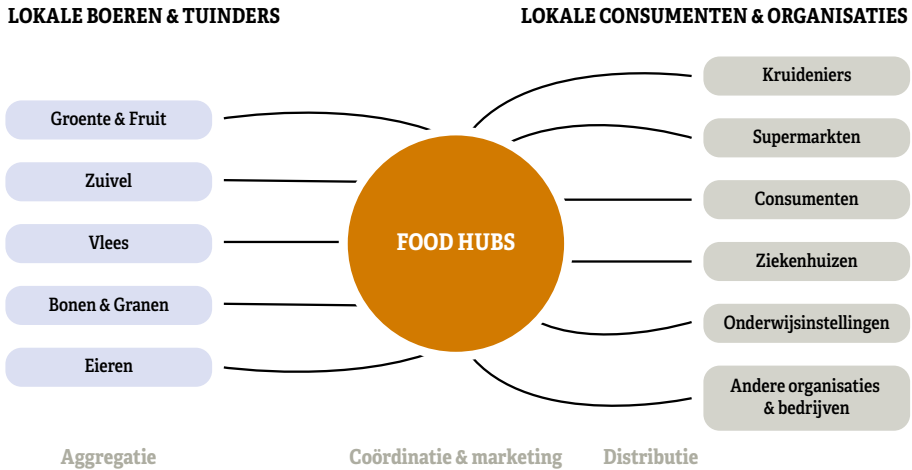
1.1 Aanleiding

De agrifood-sector is goed voor bijna 10% van onze nationale inkomsten en werkgelegenheid. In Noord-Nederland is de sector zelfs de grootste, zowel naar het aantal arbeidsplaatsen als bedrijven. Duurzamer, gezonder en efficiënter voedsel produceren en consumeren staat hoog op regionale en (inter)nationale agenda's. Maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) en maatschappelijk verantwoord inkopen (MVI) van voedsel is daarbij een belangrijk element. Dit brengt kansen met zich mee voor de ontwikkeling van korte ketens met nieuwe verdienperspectieven voor regionale producenten, die meer toegevoegde waarde kunnen leveren voor hun regio. Het Voedingscentrum (n.d.) schrijft dat regionale landbouw beter is voor dierenwelzijn en landschapswaarde, en beperking van het energieverbruik (transport, verwarming, bewaren en verpakking), en moedigt het kort keteninitiatief aan en roept op om platteland en stad dichterbij elkaar te brengen.

In de vorming van korte ketens zijn verschillende (online) voedselplatforms, coöperaties en andere vormen van samenwerking tussen producenten ontstaan. We duiden deze aan als 'foodhubs': MKB-organisaties die voedsel betrekken van lokale boeren (en tuinders) en die dat voedsel verkopen aan consumenten en/of organisaties (figuur 1.1).

Foodhubs zijn vaak coöperaties van boeren. Maar tot foodhubs rekenen we ook online platforms die lokaal voedsel via een site verkopen, doorgaans aan consumenten. Vaak zijn dat jonge, enthousiaste MKB-ondernemingen. Voorbeelden in Noord Nederland zijn Boer en Chef, Botmas, Eten Uit De

Figuur 1.1 Foodhub en zorginstellingen



Regio, De Streekboer, Ekonomo, Bionoord. De foodhubs verbinden vraag en aanbod in de regio. Elke hub biedt de producten van soms tientallen lokale boeren aan. Uit gesprekken die wij met-noordelijke foodhubs en branche-organisaties hebben gevoerd in 2020, bleek dat de hubs willen uitbreiden naar 'business-to-business' verkopen aan grote lokale afnemers, met name aan zorgaanbieders. Het bleek echter dat dit nauwelijks van de grond komt. De foodhubs hebben grote behoefte aan een aanpak, waarmee zij als relatief kleine ondernemingen zaken kunnen doen met grote, professionele afnemers in de zorg.

Er is in Nederland veel aandacht voor maatschappelijk verantwoord inkopen (MVI). Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat wil inkopers, budgethouders, beleidsmedewerkers en duurzaamheidsadviseurs bij decentrale overheden in Nederland stimuleren om producten en diensten op maatschappelijk verantwoorde wijze in te kopen. En in de zorg is er een Green Deal (GD226) 'Duurzame zorg voor gezonde toekomst', waarin één van de vier afspraken is om circulair en maatschappelijk verantwoord in te kopen. In de Agrofoodsector is er de Taskforce Korte Keten, onder andere gefinancierd door LTO-Noord. Het doel is om de belangrijkste obstakels voor korte keteninitiatieven weg te nemen, waardoor macht in de voedselketen

beter wordt verdeeld. Het gaat dan bijvoorbeeld om logistieke moeilijkheden, vraagstukken rondom data en terugkerende vragen over multi-channelverkoop. Er is dus veel ambitie om lokaal via korte ketens in te kopen, maar in de praktijk blijkt dat nog niet zo gemakkelijk te realiseren.

In de zorg hebben in 2020 11 ziekenhuizen in Nederland een intentieverklaring getekend met de ambitie om veel meer lokaal voedsel in te kopen. Niet alleen vanwege duurzaamheidsmotieven, maar ook omdat de patiënten dit graag willen. Lokaal voedsel is vers, wordt vaak als 'leuk' gezien (een Gronings patiënt die Gronings eten krijgt), en het kan ook bijdragen aan het dieet. Dit biedt een uitgelezen kans voor de foodhubs om op in te springen.

Zowel aan de vraagkant (de zorg) als aan de aanbodkant (foodhubs) is dus een wens om elkaar te vinden. Toch komt inkoop van lokaal voedsel door zorginstellingen nog maar beperkt voor. We hebben in 2020 interviews gevoerd met de eigenaren van 9 foodhubs. Deze foodhubs gaven aan dat zij aan consumenten leveren en ook aan grotere zorgaanbieders willen gaan leveren. Ze slagen er niet in om bij deze organisaties voet aan de grond te krijgen en afspraken voor levering te kunnen maken. De redenen zijn:

- Communicatie en marketing: Wie is de juiste aanspreekpartner en hoe kom je in contact? Hoe precies verloopt het inkoopproces bij zorgaanbieders? Wat zijn de eisen en wensen van de inkopers? Hoe kun je het beste presenteren?
- Leveringseisen: Zorgaanbieders verlangen een leveringsgarantie waar je als enkelvoudige hub niet aan kunt voldoen. Ook neigen inkopers vaak naar 'de laagste prijs' en 'gemak'.
- Volumes: De hoeveelheid producten die ziekenhuizen nodig hebben is groter dan wat je als enkelvoudige hub kunt leveren.
- Logistiek: Hoe organiseer je distributie en administratie?

Figuur 1.2 Te ontwikkelen business model



TE ONTWIKKELEN BUSINESSMODEL VOOR FOOD HUBS

1.2 Doel van dit project

Doel van dit project is om voor een betere verbinding te zorgen in de lokale, korte voedselketen tussen foodhubs en de zorg. We ontwikkelen samen met partijen in het Noorden een nieuw businessmodel voor de foodhubs, bestaande uit een propositie, de marketing ervan en de wijze van onderlinge samenwerking. Daarmee kunnen de foodhubs gericht en effectief zaken doen met zorginstellingen.

De praktijkvraag is derhalve:

Hoe kunnen lokale foodhubs er in slagen via lokale, korte ketens agrarische producten te leveren aan ziekenhuizen?

Het 'hoe' heeft concreet betrekking op drie aspecten (figuur 1.2):

- Welk aanbod kunnen de foodhubs aan ziekenhuizen voorleggen om te voldoen aan de eisen en wensen van de inkopers en patiënten? 'Aanbod' is primair het productaanbod maar daar hoort ook bij de 'positionering' of 'waardepropositie': de belofte die de foodhub aan de klant doet. Ook de prijszetting hoort hierbij en de wijze van levering (zoals transport).
- Hoe kunnen de foodhubs samenwerken om aan de leveringseisen te voldoen? Een foodhub werkt per definitie samen met verschillende boeren die verschillende producten leveren. Maar hoe organiseert de foodhub dat? Wie is eigenaar van wat?
- Hoe kunnen de foodhubs het aanbod het beste 'marketen' ofwel hoe is de communicatie?

We noemen deze drie zaken gezamenlijk een 'business model'.

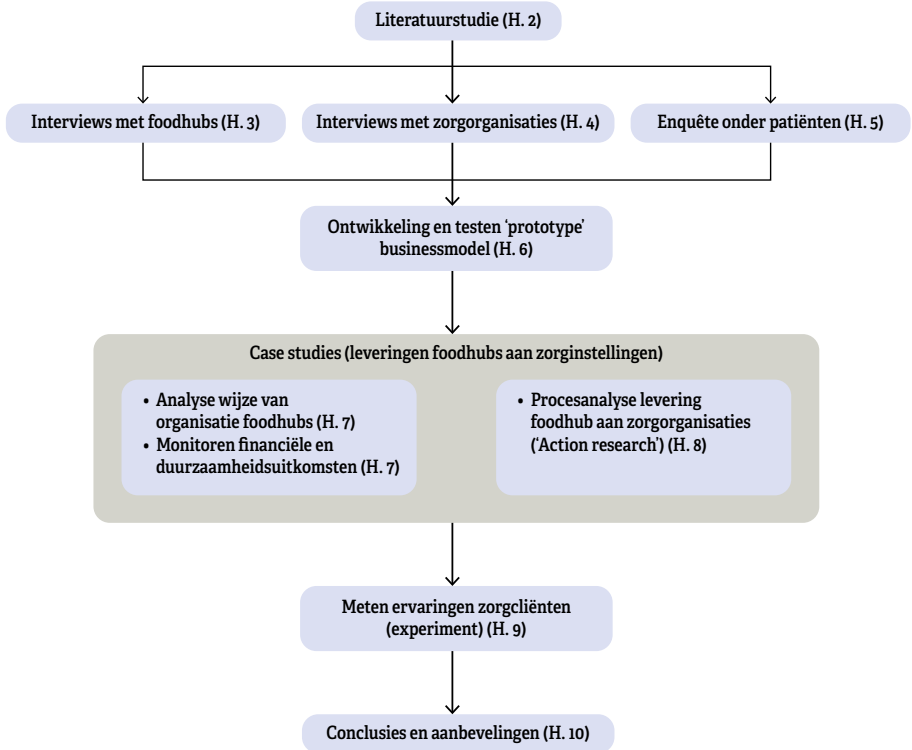
De aanbevelingen kunnen ook in andere regio's en contexten worden toegepast om de verkorte voedselketen te realiseren en de economische positie van foodhubs en boeren te versterken. De uitkomsten zijn niet alleen relevant voor zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, maar ook voor andere (semi)publieke organisaties zoals onderwijsinstellingen en gemeenten.

Op deze plaats noemen we graag dat dit hele project mogelijk is gemaakt door een subsidie van SIA/RAAK, vanuit een ronde RAAK MKB in 2021. De MKB-ers zijn in dit geval dus de foodhubs.

1.3 Opbouw rapport

Hoofdstuk 2 is gewijd aan een blik vanuit de literatuur over het onderwerp korte voedselketens en de zorg. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van diverse interviews die we in 2022 opnieuw en meer systematisch gehouden hebben met foodhubs en hoofdstuk 4 met inkopers van ziekenhuizen. Hoofdstuk 5 bevat de resultaten van een enquête die we hebben gehouden onder patiënten met vragen over hoe zij tegenover lokaal voedsel staan. Deze hoofdstukken vormden de basis van een 'voorlopig business model' dat we ontwikkelden en dat we beschrijven in hoofdstuk 6. Vanuit dit 'prototype' is voor een aantal 'cases' geprobeerd op kleine schaal lokaal voedsel door foodhubs te laten leveren. De studie van deze cases had betrekking op drie aspecten. Ten eerste de manier van organiseren binnen de foodhub. Ten tweede hebben we de 'cases' gemonitord op meetbare variabelen als financiën en duurzaamheid. De reden hiervan is dat we wilden weten wat een korte keten 'oplevert' voor zowel de foodhubs als de zorginstellingen maar ook de maatschappij. Deze twee aspecten komen in hoofdstuk 7 aan de orde. Het derde aspect van de cases is het hele proces van onderhandeling en levering. Tijdens dat proces is door de onderzoekers vastgelegd welke belemmeringen er ontstaan en hoe die kunnen worden overwonnen. De onderzoekers hebben hier een actieve rol in gehad. Deze vorm van onderzoek kan worden aangeduid als 'action research'. De resultaten hiervan beschrijven we in hoofdstuk 8. Hoofdstuk 9 is gewijd aan het meten van lokale eetbeleving in de zorg. Ook dat zou een ver-

Figuur 1.3 Opbouw van deze studie



onderstelde 'opbrengst' van lokaal eten kunnen zijn: dat bewoners van een ouderenzorginstelling eten 'uit de buurt' als 'lekkerder' ervaren en daardoor ook meer gaan eten. Hoofdstuk 10 ten slotte bevat een evaluatie en conclusies en eindigt met (richtlijnen voor) 'het ideale business model' om lokaal voedsel van foodhubs bij zorginstellingen te krijgen, wat het doel is van deze studie. Figuur 1.3 vat de opzet van dit rapport samen.

2

Theoretisch kader en onderzoeksopzet

2.1 Praktijkervaringen met korte ketens

Op dit moment wordt voedsel meestal groot ingekocht, over lange afstanden getransporteerd naar grote industriële voedselverwerkers die het voedsel mondiaal weer aanbieden. De vraag vanuit de markt naar kwalitatief beter en duurzaam voedsel wordt onvoldoende doorvertaald naar de agrarische ondernemers, die hier wel op in willen spelen. Hierdoor blijft de macht in de keten bij de grote industriële partijen die voor hun overleven gericht zijn op winstmaximalisatie. Dit werkt door in de regionale productie waar weliswaar grote hoeveelheden worden geproduceerd die echter niet in de regio worden verwerkt en geconsumeerd. Agrarische ondernemers produceren tegen dumpingprijzen en velen van hen kunnen de mondiale concurrentie niet volhouden. foodhubs kunnen uitkomst bieden in de verandering van een lange naar een korte voedselketen. Zij kopen lokaal en duurzaam voedsel in of brengen het op een gezamenlijk platform bij elkaar zodat het rechtstreeks aan lokale consumenten verkocht kan worden. Maar dit is een kleine niche, die doorgaans niet voor voldoende bedrijfszekerheid kan zorgen.

Met het Grondstoffenakkoord, het Nationaal Preventieakkoord en de Green Deal Duurzame Zorg wordt getracht vanuit verschillende ministeries van de rijksoverheid bestaande (economische) systemen te veranderen. Tevens wordt er vanuit de Europese Commissie in het Green Public Procurement aandacht aan besteed.

Het Grondstoffenakkoord van de rijksoverheid is gesloten in 2017 en in 2018 doorvertaald naar de transitieagenda voor bio-

massa en voedsel, waarbij één van de hoofdpunten gaat over de nieuwe omgang met biomassa en voedsel: “Ontwikkelen en implementeren van nieuwe manieren van produceren en consumeren die leiden tot verbeteringen en trendbreuken in de omgang met biomassa en voedsel.” Dit biedt een opening naar de verduurzaming van het totale voedselsysteem en gericht produceren in de landbouw (MIW, 2018: p22). Een van de actielijnen is gericht op het verduurzamen van transport, of zogenoemde “beperking foodmiles” (MIW, 2018: p87).

O.b.v. het Nationaal Preventieakkoord, dat in 2018 is gesloten (MVWS, 2018), hebben 11 ziekenhuizen een intentieverklaring getekend, genaamd ‘Voorhoedeziekenhuizen in de voeding’, waarbij niet alleen ingezet wordt op gezonder voedsel maar ook een duurzamere keuze zal worden aangeboden (St. Alliantie Voeding in de Zorg, 2020). Deze alliantie richt zich in eerste instantie op gezond eten in het ziekenhuis, wat niet gelijk staat aan regionaal eten, maar wel veel raakvlakken heeft.

Lokaal geproduceerd voedsel kan ook een rol spelen in het tegengaan van ondervoeding. Onder ondervoeding wordt verstaan ‘een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten.’ (Cederholm et al., 2017). Ondervoeding is in de zorg een belangrijk issue en kan zich bij patiënten voordoen door diverse oorzaken, zoals door (fysieke) ziektes, behandelingen, door psychische oorzaken, ouderdom, of combinaties van deze oorzaken. Er is dus veel aandacht voor het tegengaan van ondervoeding (Stuurgroep Ondervoeding, n.d.). Diëten die hierop inspelen zijn vaak specifiek van aard en vragen gerichte inkoop. Het is denkbaar dat lokale aanbieders, mede omdat zij klein zijn, op flexibele wijze op ‘niche producten’ kunnen inspelen.

Naast dit preventieakkoord en grondstoffenakkoord heeft de rijksoverheid de eerste Green Deal, genaamd ‘Nederland op weg naar duurzame zorg’, uit 2015 vernieuwd in 2018 met ‘Green Deal Duurzame Zorg’ (Rijksoverheid n.d.-b; Green Deal, 2019). Het doel is de verduurzaming van de zorgsector te versnellen.

Deze verduurzaming moet o.a. tot stand komen door terugginging van de CO₂-uitstoot, maatschappelijk en verantwoord inkopen door zorginstellingen met aandacht voor milieu en sociale aspecten (MVWS, 2019).

Ook op Europees niveau vinden veranderingen plaats. Zo heeft de Europese Commissie opdracht gegeven om de aanbestedingscriteria voor publieke instellingen te herzien in het Green Public Procurement programma. Dit is opgenomen in de handleiding 'Buying Green' 3e editie 2016 (European Commission, 2016; Boyano et al., 2019). In 2019 is dit programma uitgebreid met inkoopcriteria om de inkoop van gezonder en duurzamer voedsel te stimuleren (European Commission, 2019).

Er zijn verschillende bewegingen op (inter)nationaal niveau op gang gekomen om ook de inkoop te veranderen in de richting van gezond en duurzaam voedsel. Ook kleinere (publieke) organisaties, zoals Nevi, MVO Nederland en PIANOo, zetten zich voor deze transitie vanuit inkooperspectief.

Nevi biedt verschillende inkooptrainingen en cursussen aan om professioneel en maatschappelijk verantwoord in te kopen (Nevi n.d.). Daarnaast dragen zij zorg voor kennisdeling tussen (semi) publieke instelling om maatschappelijk verantwoord te gaan inkopen (Nevi, 2016).

Ook MVO Nederland draagt hieraan bij, samen met PIANOo, (het expertisecentrum voor aanbesteden van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat), Rijkswaterstaat en Nevi. Hun vertrekpunt is de eerdergenoemde Green Deal Duurzame Zorg om de circulaire economie te bevorderen beginnend bij het inkoopproces (MVO Nederland, n.d.). PIANOo heeft naast deze samenwerking ook als beleidsdoel om het aanbestedingsproces vanuit de inkoper vriendelijker te maken voor mkb'ers (PIANOo, n.d.). Zo hebben ze concrete tools ontwikkeld voor inkopers om handreikingen naar het mkb te doen.

Deze stimulering van maatschappelijk verantwoorde en duurzame inkoop van onder andere voedsel, wordt gestaafd door wetenschappelijk onderzoek naar inkooppraktijken.

Gelderman (2020) heeft onderzoek verricht naar het duurzaam maken van de inkoop bij publieke instellingen. Ten Hage en Nieland (2018) hebben onderzocht hoe publieke instellingen lokaal en Mkb-gericht kunnen inkopen. Tot slot heeft Grandia (2017) onderzocht hoe inkopers bij de overheid duurzaam kunnen inkopen. Er is dus veel aandacht voor duurzame voedselinkoop bij organisaties.

Hierboven zijn reeds diverse initiatieven beschreven die maatschappelijk verantwoorde en duurzame inkoop door (semi) publieke instellingen willen bevorderen. Maar zijn er ook praktische trainingen, tools, handleidingen of stappenplannen om de verkoop ook in de praktijk, vanuit het perspectief van de aanbieders te organiseren en te professionaliseren? We zien zulke ondersteuning nog onvoldoende terug. En als er al praktische kennis wordt overgedragen is deze beperkt tot business-to-consumer markten (B to C) en niet gericht op de business-to-business markt (B to B). In de database van SIA/RAAK zijn twee projecten met een focus op het verkopen van lokaal geproduceerd voedsel. Het gaat om 'Slim Transport', dat burgers stimuleert om meer lokaal voedsel te kopen en 'Proef-Tuin Groningen' dat de duurzame productie van lokaal voedsel in regionale ketens onderzoekt. Maar ook deze twee onderzoeken blijven beperkt tot een business-to-consumer perspectief. Tot op heden is er nog geen SIA/RAAK project dat ingaat op de vraag van regionale mkb'ers over het aangaan van een bestendige relatie met grote inkopers. Terwijl vanwege de afzetgarantie juist dit een wezenlijke bijdrage kan vormen aan een professionele meerjarenplanning, teelt, verwerking en distributie van regionaal voedsel, met voldoende zicht op inkomsten (Boyano et al., 2019: p9).

Zoals eerder genoemd ervaren foodhubs in Noord-Nederland problemen in de transitie naar een gezonde, duurzame en lokale voedselketen. De overstap van business-to-consumer naar business-to-business is moeilijk. Hoewel bijvoorbeeld in het MVI-programma van de Rijksdienst tools zijn ontwikkeld voor maatschappelijk verantwoord en duurzaam inkopen (RVON, 2020; Rijksoverheid, n.d.-a), blijven concrete tools voor food-

hubs om grote inkopers zoals zorginstellingen en ziekenhuizen te benaderen ontbreken.

Ook in andere landen, zoals de Verenigde Staten en Italië, worden deze problemen en barrières van foodhubs en agrarische producenten veelvuldig aangekaart (Feenstra et al., 2011; Perline et al., 2015; Klein et al., 2015., Filippini et al, 2018). Maar de vragen blijven onbeantwoord. Hoe komen kleine mkb'ers in contact met grote lokale afnemers zoals ziekenhuizen en (zorg) instellingen? Welke kanalen kunnen zij het beste gebruiken? Hoe communiceren zij met grote inkopers? Hoe breng je informatiestromen van consumerende partijen naar de regionale producenten het beste tot stand? Hoe organiseren zij hun aanbod? Welke kostenstructuren hanteren zij? Inkopers van grote (semi) publieke instellingen en ziekenhuizen hebben veel macht in de keten. Dit leidt tot een asymmetrische relatie met foodhubs. Concrete communicatie tools om kernwaarden zoals duurzaamheid en lokaal voedsel te communiceren, inzicht in de inkoopende kant van de diversiteit-, kwantiteit- en kwaliteitswensen van ziekenhuizen om vanuit samenwerkingsmodellen tussen de foodhubs hier concreet op kunnen inspelen, zouden een grote bijdrage kunnen leveren in de transitie die nog maar mondjesmaat is ingezet.

2.2 Wetenschappelijke kennis over lokale korte voedselketens

De vraag naar lokaal verbouwd voedsel wint aan kracht. Niet alleen bij consumenten. Ook grote (publieke) institutionele inkopers zoals ziekenhuizen, zorginstellingen en onderwijsinstellingen willen duurzaam en gezond voedsel aanbieden aan hun patiënten, cliënten, personeel en studenten. Deze verandering wordt tevens gestimuleerd door verschillende initiatieven van overheden. Uit deze trend ontstaan verkoopkansen voor lokale agrarische producenten en foodhubs. Morgan en Sonino (2008, p177) omschrijven dit proces zelfs als potentieel de belangrijkste sociale beweging die de groei van duurzamere voedselketens stimuleert en gemeenschappen helpt om weer in contact te komen met de producenten van hun voedsel. In de laatste decennia zijn in verschillende wetenschappelijke vak-

bladen artikelen gepubliceerd waarin farm-to-institution programma's zijn onderzocht om voedselketens te verkorten en te verduurzamen. Het gaat hierbij om experimenten en projecten waarbij grote (publieke) instellingen rechtstreeks of door middel van een foodhub worden verbonden aan lokale agrarische producenten. Als rode draad komen in deze verschillende publicaties uitdagingen, barrières en beperkingen naar voren waar lokale initiatieven mee te maken krijgen. Met veelal toegepast onderzoek, observaties en casestudies proberen de verschillende onderzoekers de problemen in kaart te brengen en licht te werpen op kansen, alternatieven, nieuwe strategieën, beleid en onderzoek om de problemen bij lokale voedselinitiatieven aan te pakken en deze succesvoller te maken.

Met de inkoop van voedsel hebben (publieke) instituten de verantwoordelijkheid om al het personeel, patiënten en bezoekers van eten te voorzien. Zij omvatten daarmee 72,1% van de inkoop van voedsel en cateringservices en 42,7% van de geserveerde maaltijden in de zorgbranche in de EU (Boyano et al., 2019: p9). Bij deze inkoop blijkt uit verschillende onderzoeken in de Verenigde Staten dat de focus vooral ligt op prijs(competitie), grote volumes, continue beschikbaarheid, gemak/efficiëntie en hygiëne (Feenstra et al., 2011; Harris et al., 2012; Heis, 2014; Perline et al., 2015; Klein, 2015; Rutz et al., 2018). Deze focus vormt een barrière en beperking voor lokale initiatieven. Inkopers willen zekerheid en continuïteit die zij vanuit deze waarden proberen op te bouwen en te standaardiseren (Klein, 2015; ERS, 2017). Lokale agrarische producenten zetten in op duurzaamheid en lokale afzet. Zij hebben vaak goede relaties onderling; maar zijn minder goed georganiseerd en geprofessionaliseerd. Ze werken veelal op basis van vertrouwen en mondelinge afspraken (Klein & Michas, 2014), die niet goed passen bij de focus van inkopers van ziekenhuizen. Daarnaast hebben de inkopers van ziekenhuizen een sterke machtspositie (Harris et al., 2012), zijn zij gespecialiseerd in inkopen en zijn ziekenhuizen vaak grote organisaties, waardoor er geen gelijk speelveld ontstaat met agrarische ondernemers.

Bij het verkorten van de voedselketen zullen de besproken barrières en obstakels moeten worden overwonnen. In de lite-

ratuur bestaat een zekere consensus over drie belangrijke veranderingen die zouden kunnen bijdragen aan deze verkorting van de voedselketen: de verandering van waarden in de keten, de inzet van foodhubs en transparante communicatie tussen de schakels.

Verandering van waarden in de keten doelt op een overstap van conventionele economische waarden die nu centraal staan in de toeleveringsketen, naar waarden gericht op duurzaamheid, sociale waarden, gelijkwaardigheid (in de relatie) en lokaal. Zo beschrijven Klein & Michas (2014) in hun onderzoek, waarin foodhubs voedsel van lokale boeren aan ziekenhuizen leveren, dat het belang van de waarden biologisch en duurzaam boven prijskeuze zou moeten komen te staan. Heiss (2014) stelt in zijn onderzoek naar farm-to-institution programma's weliswaar dat op de relatie in de verkorte voedselketen ingezet kan worden om prijs, kwaliteit en hoeveelheid onderhandelbaar en bespreekbaar te maken. Maar ook Klein (2015) omschrijft in zijn uitgebreide onderzoek naar ziekenhuizen, foodhubs en agrarische producenten dat waarden als lokaal en duurzaam bij alle deelnemers in de verkorte voedselketen moeten worden geadopteerd.

De inzet van foodhubs refereert aan de coördinerende en verbindende rol tussen de agrarische producenten en consumerende partijen. Feenstra et al. (2011) en Izumi, Wright & Hamm (2010) onderschrijven de werking van regionale distributeurs als schakel tussen agrarische producenten en zorg- en onderwijsinstellingen. Perline et al. (2015) beschrijft in haar onderzoek naar farm-to-hospital initiatieven, dat het ontwikkelen van coöperatieve distributie van lokaal voedsel het gebruik van lokaal geproduceerd voedsel in ziekenhuizen kan ondersteunen. Daarbij stelt zij als voorwaarde dat daaraan volumeverhogende strategieën, formele overeenkomsten en samenwerkende dialogen gekoppeld worden. Ook Klein (2015) onderschrijft dat deze samenwerking, die zij foodhubs noemt, nodig is om tegemoet te kunnen komen aan de wensen van instellingen en ziekenhuizen. Ook Perrett & Jackson (2015) staven met hun onderzoek dat foodhubs voor lokaal voedsel de verkorte ketens bevorderen. Dit komt tevens naar voren uit het onderzoek van

Rutz et al. (2018). Zij stellen dat coördinatie en bundeling van de sales en verkoop nodig is voor succesvolle korte voedselketens. Ook de Economic Research Service (2017), die onderzoek verricht naar lokale en regionale voedselsystemen, concludeert dat foodhubs de kloof tussen lokale agrarische producten en grote instellingen, zoals ziekenhuizen, kan dichten als het gaat om de aanlevering van lokaal voedsel.

Ten derde is transparante communicatie een belangrijk onderdeel in verkorte voedselketens. Door op gedeelde waarden de keten te sluiten zijn transparante en duidelijke informatiestromen over duurzaamheid, eerlijkheid en herkomst van het voedsel belangrijk (Feenstra et al., 2011; Klein en Michas, 2014, Klein, 2015). Maar ook belangrijk is de informatiestroom van wensen vanuit inkopende ziekenhuizen terug naar de agrarische producenten, welke vaak vertroebelen en onvoldoende overkomen in lange ketens met grote inkooporganisaties. Deze grote inkooporganisaties kunnen wel goed voldoen aan de conventionele waarden in de voedselketen (Harris et al., 2012). Desalniettemin kan de informatiestroom over wensen van ziekenhuizen, welke makkelijker op gang te brengen is in verkorte voedselketens, een groot onderscheidend voordeel bieden. Zo is het makkelijker om wensen van voedselprogramma's en voedingswaarden in voedsel van ziekenhuizen, welke ten goede zouden kunnen komen van herstel van en behandeling bij patiënten (St. Alliantie Voeding in de zorg, 2021a, 2021b, 2021c, 2021d), bij lokale agrarische producenten te krijgen zodat zij specifiek naar deze wensen kunnen gaan produceren (Perline et al., 2015). Tevens biedt een transparante communicatie ook mogelijkheden om logistieke problemen in verkorte voedselketens op te lossen (Feenstra et al., 2011). Harris et al. (2012) beschrijft dat communicatie barrières zoveel mogelijk geminimaliseerd moeten worden om wensen en verwachtingen met betrekking tot productbeschikbaarheid (transport, verwerking, opslag), maar ook wensen en verwachtingen mbt diversiteit en soort voedsel, zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen om zo effectief lokale producten te kunnen aanbieden. Korte informatiestromen, die goed mogelijk zijn in verkorte voedselketens, tussen ziekenhuizen en agrarische ondernemers zouden een grote bijdrage kunnen leveren aan het afstemmen van voedsel-

productie en diëten van patiënten. Samengevat kan worden geconcludeerd dat transparante communicatie niet alleen als noodzakelijke verandering wordt omschreven om voedselketens te verkorten, maar ook voordelen biedt in het afstemmen van het soort voedsel wat benodigd is, eerlijke waardering voor alle stakeholders stimuleert en daarmee grote voordelen biedt ten opzichte van lange voedselketens.

In de afgelopen decennia zijn reeds veel onderzoeken verricht naar het verkorten van de voedselketen. In deze onderzoeken zijn ook meerdere implicaties aangekaart welke tot heden nog niet zijn opgelost. In 2014 onderzochten Conner et al. al hoe de reikwijdte en effectiviteit van verkorte voedselketens kan worden vergroot. Hij bevestigt dat gedeelde waarden en relaties een belangrijke bijdrage leveren. In datzelfde jaar suggereert Heis et al. (2014) dat meer onderzoek nodig is om inzicht te krijgen in middelgrote landbouwbedrijven en belemmeringen voor de deelname aan korte keten initiatieven. Perline et al. gingen in 2015 een stap verder en zij beschrijven dat volumeverhogende strategieën, formele overeenkomsten en samenwerkende dialogen de totstandkoming van het gebruik van lokaal geproduceerd voedsel in ziekenhuizen kunnen ondersteunen. Maar de onderzoekers adviseren ook meer onderzoek naar hoe lokale voedselketens kunnen worden versterkt en hoe lokale mkb producenten goed verbonden kunnen worden aan instellingen. Ook Fillipini et al. Bevestigen in 2018 dat onderzoek naar een goede samenwerking tussen lokale producenten en consumerende partijen zoals onderwijsinstellingen in hun geval, belangrijk is in de totstandkoming van lokale voedselketens. Rutz et al. concluderen in hun onderzoek naar het leveren van lokaal geproduceerd voedsel aan kinderopvang in 2018 dat o.a. de coördinatie van verkoop een vereiste is.

Tot heden zijn in Nederland vergelijkbare onderzoeken waar lokale agrarische producenten via foodhubs gekoppeld worden aan lokale (semi) publieke instellingen nog niet uitgevoerd. In de vraagarticulatie komen dezelfde problemen naar voren als in de verschillende publicaties wordt besproken. Het aantal geboden oplossingen blijft veelal beperkt tot algemene adviezen

die samengevat neerkomen op: verandering van waarden van waaruit gedacht wordt, professionele samenwerking met foodhubs waarbij een goede afstemming van lokale vraag en aanbod plaatsvindt, en transparante communicatie waarbij vraag en aanbod, wensen en behoeften, (logistieke)mogelijkheden naar alle deelnemers in de lokale korte voedselketen helder worden gecommuniceerd. Concrete (standaard) modellen, invullingen, sleuteloplossingen en strategieën om deze adviezen vorm te geven, te implementeren en uit te voeren zijn nog niet ontwikkeld. Bestaande gepubliceerde onderzoeken hebben zich dan ook veelvuldig gefocust op het beschrijven van kleine en middelgrote experimenten met het verkorten van de voedselketen.

De ontwikkeling van goede en concrete businessmodellen voor foodhubs, waarbij lokale agrarische ondernemers en lokale ziekenhuizen kunnen worden verbonden in een korte voedselketen, kunnen derhalve een belangrijke bijdrage leveren aan de totstandkoming van succesvolle leveringspraktijken in de lokale korte voedselketen. Veel kleine succesvolle experimenten van foodhubs in lokale voedselketens kunnen volgens Perret en Jackson (2015) leiden tot meer marktmogelijkheden voor agrarische producenten op de korte termijn en leveren een bijdrage op de lange termijn tot het verkorten van voedselketens en lokale voedselketens. Wanneer deze foodhubs zich richten op (publieke) instellingen kunnen volgens Harris et al. (2012) deze samenwerkingen verder leiden tot de verdere ontwikkeling van sociale, economische en ecologische voordelen voor de regio.

Resumerend blijkt uit de vakliteratuur en wetenschappelijk onderzoek het belang van de ontwikkeling van concrete businessmodellen voor lokale foodhubs die de agrarische producenten en ziekenhuizen aan elkaar kunnen schakelen. Daarmee ontstaat een betere afstemming van lokaal geproduceerd voedsel op de behoefte van herstellende patiënten in ziekenhuizen, wordt de lokale economie versterkt en kan een eerlijke waardering voor alle partijen in de keten worden gerealiseerd.

2.3 Onderzoeksvraag en conceptueel model

Vanuit het doel van dit project (foodhubs in staat stellen om hun lokale producten aan ziekenhuizen te verkopen) komen we tot de volgende onderzoeksvraag.

Welk businessmodel maakt het voor foodhubs mogelijk, afzonderlijk of in samenwerking, met succes (= tegemoetkomend aan eisen en wensen ziekenhuizen en met haalbare voorwaarden en goede prijs voor boer) voedselproducten te leveren aan ziekenhuizen?

Onder businessmodel verstaan we dan de vorm van de (genoemde) samenwerking, maar ook richtlijnen voor en eisen aan het productaanbod, en de relatie en de communicatie tussen de foodhubs en de ziekenhuizen (zie eerder weergegeven figuur 1.2).

De kern van dit project is dus de match tussen vraag en aanbod: hoe kan die match het beste tot stand komen? Rondom drie onderwerpen zal worden uitgezocht hoe die kunnen worden ontwikkeld:

- Aan welke eisen moet het aanbod van een foodhub voldoen om interessant te worden gevonden door een inkooper van een ziekenhuis?
- Welke samenwerkingsvormen zijn er nodig en beschikbaar voor en binnen foodhubs om de beste propositie voor ziekenhuizen te ontwikkelen? Wat zijn de voor- en nadelen van verschillende samenwerkingsvormen (bijvoorbeeld van een coöperatie, en ook hoever een coöperatieve vorm moet gaan?)?
- Welke marketingmethoden kunnen worden ontwikkeld, uitgaande van de gewenste propositie? Hoe moet de communicatie worden ingevuld? Wie doet de sales en hoe?

De onderdelen van het door ons gedefinieerde 'business model' zijn ook samen te vatten in marketingtermen en met name in de bekende vier 'marktinstrumenten' van marketing: de 4 P's product, prijs, plaats en promotie. Product is dan ook 'het assorti-

Figuur 2.1 Business model in termen van marketing



ment'. Plaats is een ander woord voor 'channel' en bevat dus ook het vervoer/de logistiek. Met promotie wordt alle vormen van communicatie en 'sales' bedoeld.

Als we de 4 P's in ogenschouw nemen, moet onmiddellijk worden opgemerkt dat volgens Alsem (2023) invulling daarvan wordt bepaald door een 'hoger gelegen' concept namelijk de *marketingstrategie* die bestaat uit twee keuzes:

- Keuze van de doelgroep
- De positionering ofwel de 'waardepropositie'

De relatie tussen de marketingstrategie en de marktinstrumenten is dat zeker de keuze van de 'waardepropositie' sterk bepalend is voor invulling van de vier P's. Als een foodhub bijvoorbeeld de 'goedkoopste' wil zijn of 'de meest duurzame' heeft dat heel andere gevolgen voor het assortiment, de prijs en de communicatie.

Een element uit het eerder genoemde business model dat indirect in de marketingstrategie zit is 'samenwerking'. De keuze van samenwerken met wie kan onderdeel zijn van de 'doelgroepen'. Dat hoeven dus niet alleen klantgroepen te zijn maar kunnen ook partners zijn. De vraag hoe je wilt samenwerken heeft ook met communicatie te maken.

Figuur 2.1 vat dit alles samen.

3

Meningen van foodhubs

3.1 Aanpak

Er zijn in het voorjaar van 2022 interviews gehouden met tien foodhubs:

1. BioNoord, een groothandel in biologische producten, die levert aan andere organisaties.
2. De Ekonom, deze levert aan consumenten, eveneens biologisch, alles wordt in eigen beheer, zoals vervoer. Verbouwen ook zelf, op eigen stukje grond en in een kas. Eigen verbouw is ongeveer 10% van de omzet. Bezorgen bij particulieren thuis, vooral in Groningen. BioNoord is een leverancier van De Ekonom.
3. Gebiedscoöperatie Westerkwartier, een samenwerking van boeren, veeboeren die mest leveren aan akkerbouwers en akkerbouwers die voer leveren aan veeboeren. N.B. Hebben zich 15/9/2022 failliet laten verklaren.
4. Boer en Chef, deze heeft een snijderij met als klanten ziekenhuis Nij Smellinghe en de scholen Stenden en Friese Poort. De basis ligt bij de groente, fruit en zuivel. Daarachter zit een gebiedsgerichte coöperatie. Boer en Chef levert aan organisaties en is dus B2B.
5. Gebiedscoöperatie Zuidwest Drenthe, deze coöperatie trekt lokale projecten waarbij overheid, inwoners, ondernemers en onderwijs betrokken zijn. Een van de projecten is het label DubbelDrents. Het produceren en verkopen van producten in de regio leidt tot minder transport- en distributiekosten en een meer duurzame wijze van produceren. Het gaat hierbij over brood, zuivel, groente, vlees, delicatessen en dranken.
6. Greens & Salads, produceert dagverse groenten. Koopt in via de groothandel en verkoopt via de groothandel. Hun specialisme is het versnijden van voedsel.

7. Aanstreekelijk, met twee winkels en circa 70 leveranciers in Twente. De eigenaar is ook betrokken bij een project van de provincie Overijssel om zorginstellingen en gemeenten onder andere te interesseren voor lokaal aanbod. Heeft biologische en niet-biologische producten. Allemaal wel korte-keten-producten.
8. Hallo Boer, dit is een online platform waar lokale aanbieders – boeren, restaurants en winkels – worden getoond. Daarnaast is geprobeerd om met een paar winkels een online bestel-gedeelte te ontwikkelen. De partijen die hierbij betrokken waren hebben zich teruggetrokken. Belangrijkste reden was dat iedereen het toch zelf wilde doen. Hallo Boer heeft ook ICT systeem ontwikkeld dat vraag koppelt met aanbod.
9. Eten Uit De Regio, deze koppelt lokale voedselproducten aan zorginstellingen. Leveren vlees, aardappelen, groenten, zuivel en fruit. Ontwikkelt een ICT systeem dat data-uitwisseling tussen instellingen en boeren mogelijk maakt.
10. Voedselcoöperatie Noord, deze zit in Westerkwartier en werkt samen met onderwijs. Deze coöperatie voert veel onderzoek uit. Vanuit deze coöperatie is onder andere een vleescoöperatie opgericht van 25 boeren.

Hierbij merken we op dat sindsdien enkele van deze bedrijven zijn opgehouden te bestaan.

De interviews waren min of meer gestructureerd, teneinde de respondenten zo veel mogelijk de gelegenheid te geven hun mening te geven. In die eerste fase van het onderzoek wilden we ook niet gelijk een structuur opleggen aangezien de interviews ook als doel hadden op explorerende wijze tot de belangrijkste bevindingen te komen.

Na afloop van de (met toestemming opgenomen) interviews zijn door een onafhankelijke (andere) onderzoeker uit het team de belangrijkste statements samengebracht rondom de volgende onderwerpen:

- Ervaringen in het algemeen
- De keten
- Ervaringen met zorginstellingen
- Verwachtingen samenwerking met ziekenhuizen

In het navolgende geven we de resultaten van de gesprekken weer. Er is hierbij dus gekozen om als samenvatting de belangrijkste meningen van respondenten te geven. Individuele quotes zeggen dus niks over de algemene mening van alle tien respondenten.

3.2 Ervaringen in het algemeen

In het algemeen kan gesteld worden dat in Nederland voedsel goedkoop is. Doordat volume een belangrijke bepaler van de prijshoogte is, is de keten gericht op volume maken. Het volume maken komt voort uit die prijsgedrevenheid. Daarnaast is voedselveiligheid van belang. In Nederland zijn een paar grote spelers die grote volumes doen en daardoor altijd goedkoper zijn.

In de keten valt te zien dat de groothandel een machtige schakel is omdat deze bepaalt waar het voedsel vandaan komt. Dit wordt nog eens versterkt doordat aan de vraagkant veelal geen inzicht is met betrekking tot wat aan voedsel wordt verbouwd. Supermarkten versterken de flow naar een minder divers aanbod doordat het uitbreiden van het assortiment meestal geld kost.

Door de factor volume zijn de prijzen van korte-keten producten veelal hoger. Dit met de kanttekening dat het voor de factor verwerking producten duurder maakt. Meest interessant zijn daarom lokale producten waar geen of weinig verwerking voor nodig is. Dus eieren, groente, fruit en in mindere mate zuivel en brood. Ook moet de consument meer moeite doen om lokaal voedsel te kopen indien deze de instelling heeft zo veel mogelijk lokaal voedsel te willen eten. Een keer per week een bezoek aan een supermarkt kan veelal de voedselbehoefte vervullen. Indien een consument alleen lokaal voedsel wil gebruiken, dient deze veel meer tijd en moeite te doen om dit voor elkaar te krijgen.

Voor lokaal voedsel is veelal minder conserveringsmiddelen gebruikt en is in mindere mate bewerkt en verser. Allemaal factoren die maken dat lokaal voedsel gezonder is. Ook kan de beleving van lokaal voedsel groter zijn. Er zou kunnen gesteld worden dat als iemand die vooral lokaal voedsel eet een beter mens wordt, namelijk gezonder maar ook meer betrokken en bewust.

Overigens hoeft lokaal voedsel niet duurder te zijn als gekeken wordt naar de kwaliteit. De kwaliteit van lokaal voedsel is veelal hoger. Echter, nu is de realiteit dat op gewicht wordt afgetrokken en niet op voedingswaarde. Wordt op voedingswaarde afgerekend, dan zou dat in het voordeel van lokaal voedsel uitvallen. Dit betekent echter dat inkopers anders zouden moeten denken. Als er meer lokaal en dus seizoensgebonden gegeten zou worden zou de stikstofproblematiek opgelost kunnen worden door minder vervoersbewegingen. Dat de bodem door de jaren heen is uitgeput is ook een milieu-gegeven. Als deze weer op niveau wordt gebracht levert dat gezondere groente op en beter gras. Koeien zijn dan gezonder, produceren minder en betere mest en dat levert weer een betere bodem op.

Stel we gaan naar een situatie toe in Noord-Nederland waarbij inwoners vooral lokaal voedsel eten, dan zou dit betekenen dat er meer diversiteit in de productie moet zijn dan nu het geval is. Dus, de regio als gemengd bedrijf. Diversiteit van de productie is best mogelijk in Noord-Nederland. Maar, alle lokale productie ook lokaal afzetten is een illusie omdat daarvoor de inwoneraantallen te laag zijn.

3.2 De keten

De korte keten bestaat volgens de respondenten uit de volgende schakels:

- Leveranciers: Boeren, telers
- Handelaren en zuivelproducenten;
- Vervoer: Voornamelijk met vrachtauto of bus;
- Opslag;
- Verwerking: Snijderij, schillen/schrappen (in house of uitbesteden) & schoonmaken;
- Afnemers: Boerderijwinkels, biologische winkels, restaurants, instellingen en webwinkels
- Soort producten: vers en niet-vers
- Groente, fruit, zuivel, vlees.

3.3 Ervaringen met zorginstellingen

Een aantal van de gesproken foodhubs heeft ervaringen met zorginstellingen welke in deze paragraaf worden weergegeven.

In Noord Nederland gaat het dagelijks om circa 200.000 maaltijden voor de twaalf ziekenhuizen. Er zijn drie soorten maaltijdstromen: specialistische zorg, gewone zorg en de restaurants. En die restaurants zijn er voor bezoekers en personeel. Bij ziekenhuizen komt de levering heel nauw. Patiënten moeten veelal op een bepaald tijdstip eten dan is te laat leveren not done.

Voedselproducten voor ziekenhuizen zijn veelal voorbereid en klaar. Dit zodat maaltijden zo kort mogelijk bereid kunnen worden. Er wordt door ziekenhuizen niet gedaan aan opslag of verwerking. In de ziekenhuizen wordt steeds meer met kant-en-klaarmaaltijden gewerkt. Er wordt daardoor steeds minder vaak echt zelf bereid.

Het bijzondere bij ziekenhuizen is dat de klant - als je de patiënt zo zou kunnen zien - weinig te vertellen heeft over wat er gegeten wordt. En doordat ziekenhuizen zelf nauwelijks meer bereiden ligt de kennis bij de leveranciers. De kennis ligt niet meer bij het bestuur van zorginstellingen.

Het is niet duidelijk wat de invloed van gezonder eten op de zorgkosten zijn. Voedsel uit de regio is vaak duurder maar wat nu als je door dergelijk voedsel te eten minder lang in een ziekenhuis ligt? Voor de korte keten zou het positief zijn als verminderde zorgkosten in kaart worden gebracht. Tot nu toe is dat echter niet gelukt.

Een zorginstelling moet de bereidheid hebben om wat meer te betalen, die krijgt daarvoor gezondere producten met meer beleving. Regionaal, duurzamer, korte keten, dat mag wat meer kosten. Het moet wel een bepaalde massa hebben.

Ziekenhuizen werken met budgetten en geven niet zo maar inzicht in cijfers. Dit vanwege de gevoeligheid ervan, onder andere met betrekking tot aanbestedingen. Echter, voor het goed neerzetten van een korte keten dient nauw samengewerkt te worden door voedselproducenten en ziekenhuizen. Boeren hebben lange termijn perspectief nodig en moeten hun oogsten afstemmen op de vraag. Door de schaalgrootte van de inkoop zijn ziekenhuizen zeker interessante partijen. Deze moeten echter wel bereid zijn meer informatie te delen dan ze gewend zijn, willen boeren hun aanbod kunnen afstemmen.

3.4 Verwachtingen over de samenwerking met ziekenhuizen

De foodhubs hebben aangegeven welke verwachtingen zij hebben bij samenwerking met ziekenhuizen.

Er liggen een aantal uitdagingen die te maken hebben met het assortiment, de prijzen en de leveringszekerheid.

Lokaal voedsel gebruiken voor het bereiden van eten betekent dat ziekenhuizen seizoensgericht moeten willen koken wat op dit moment nauwelijks gebeurt. Ziekenhuizen moeten hier positioneel tegenover staan. Ook moeten ziekenhuizen bereid zijn wat meer te betalen dan nu het geval is. Wat ziekenhuizen daarvoor terugkrijgen is voedsel dat kwalitatief van hoger niveau is.

De prijsstelling is ook een uitdaging. Het zou daarbij helpen transparant te zijn naar elkaar. Bijvoorbeeld door een open calculatie te hanteren.

Leveringszekerheid is ook een uitdaging, niet alleen kwantitatief maar ook qua kwaliteit en uniformiteit. Levergaranties blijven lastig met natuurproducten, qua beschikbaarheid en qua uniformiteit. Ziekenhuizen zouden met boeren in gesprek moeten gaan om samen teeltplannen te maken.

De grootste uitdaging is echter elkaar vinden en dezelfde mindset krijgen. Iedereen moet daarvoor uit de comfortzone komen, boeren doen dat eerder dan ziekenhuizen.

3.5 Conclusies

Op basis van de gesprekken met de foodhubs vallen de volgende conclusies te trekken over wat de respondenten vinden.

In Noord-Nederland wordt meer voedsel lokaal geproduceerd dan gegeten kan worden. Daarom zijn er mogelijkheden om meer lokaal voedsel af te nemen door ziekenhuizen. Lokaal voedsel is volgens de respondenten gezonder, geeft meer beleving en is duurzamer. Ziekenhuizen kunnen op basis van deze drie pijlers het eten bij hen anders positioneren. Bewerking maakt voedsel duurder. Als prijs belangrijk is maken producten die weinig bewerking nodig hebben de meeste kans.

Het vereist nogal wat van ziekenhuizen om het lokale concept te implementeren. De huidige bedrijfsvoering van de ziekenhuiskeukens staat hiervan ver af. Niet seizoensgebonden eten, weinig kennis in huis omtrent bereiding en mogelijkheden en leveranciers die zeer bepalend zijn bij wat geleverd wordt zijn volgens de respondenten belangrijke belemmeringen..

Het zou helpen boeren en ziekenhuizen met elkaar te laten praten over hun processen. Zo krijgen zij inzicht en begrip voor elkaar. Data-uitwisselingen tussen boeren en ziekenhuizen is eveneens essentieel om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. Lange termijn commitment is essentieel.



Meningen
en wensen
van inkopers
in de zorg

4

Meningen en wensen van inkopers in de zorg

4.1 Aanpak

Er werden met inkoopmanagers van drie ziekenhuizen semi gestructureerde interviews gehouden. De ziekenhuizen zijn: Ziekenhuis Nij Smellinghe, Martini Ziekenhuis en Wilhelmina Ziekenhuis Assen. De geïnterviewden zijn gekozen op basis van hun interesse om tot een businessmodel te komen. Het onderzoek naar de standpunten van de inkopers komt neer op inzichten met betrekking tot de volgende aspecten:

- Bij wie koop je in?
- Welke overwegingen spelen daarbij een rol?
- Koop je al lokaal in?
- Wat zijn je ervaringen?
- Ben je bereid om meer lokaal in te kopen?
- Wat zie je als sterke en zwakke punten van een dergelijke (sterkere) samenwerking?
- Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om de samenwerking uit te breiden?

De interviews zijn eerst getranscribeerd, gecheckt en vervolgens gecodeerd. De coding handbook is informeel gebruikt om binnen ATLAS.ti verschillende steekwoorden, onderwerpen en relaties tot elkaar te verhelderen en te structureren. Tijdens deze fase zijn er overkoepelende thema's geïdentificeerd.

4.2 Huidige werkmethoden en beleid met betrekking tot duurzaamheid

Binnen de drie organisaties zijn verschillende werkmethoden met betrekking tot duurzaamheid. Opvallend hierbij is dat de term 'duurzaamheid' door verschillende organisaties anders wordt gedefinieerd, wat leidt tot verschillende focuspunten. Geïnterviewde één, een manager Horeca & Services van een ziekenhuis, stelt: *“Duurzaam is niet alleen het product, maar ook hoe je het hier krijgt, verpakt, wat is de afvalstroom. Duurzaamheid is voor ons al die dingen meegenomen.”*

Geïnterviewde drie, een directeur Facilitair Bedrijf, noemt in zijn interviewf: *“Bedrijfsvoering van het ziekenhuis op gebied van duurzame eten, maar ook afval e.d.. Duurzaamheid op het gebied van inkoop. (...) Als laatste zijn er processen.”*

Alle organisaties zien tevens dat niet alleen het gedrag, maar ook de betrokkenheid en bewustwording moeten worden veranderd om diepere verandering in de organisatie te behouden.

In pogingen meetbare resultaten te creëren worden KPI's gebruikt. Hierbij wordt het obstakel tegengekomen dat niet alles even makkelijk in een KPI vertaald kan worden. Een onderverdeling in KPI's die gehanteerd kan worden is als volgt:

- Klanttevredenheid
- Medewerkerstevredenheid
- Budget
- Duurzaamheid

Hierbij is het mogelijk duurzaamheid op verschillende manieren te meten en te kwantificeren, wat een vergelijking met andere organisaties bemoeilijkt.

Er wordt naar de gehele voedselketen gekeken om voedselafval en -verspilling tegen te gaan. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de 3 R's: *reduce, reuse* en *recycle*. Ook wordt gestreefd naar een circulaire economie, waarbij geen monoverpakkingen gebruikt worden en statiegeld op melkflessen is. Levensmiddelen

die over zijn worden verwerkt, ook al levert dat extra kosten op. Indien mogelijk worden ze gecomponeerd, wanneer ze niet worden geconsumeerd.

4.3 **Waar en hoe momenteel voedsel afgenomen wordt**

De resultaten die betrekking hebben op de inkoop en de wijze van bestellen worden hier besproken. Ook wordt hier ingegaan op de vraag of momenteel al lokaal ingekocht wordt. Een aantal aspecten is hierin belangrijk. Zo werkt het Martini Ziekenhuis met een cateraar, terwijl Nij Smellinghe en het Wilhelmina Ziekenhuis Assen een eigen keuken hebben. Met betrekking tot de ziekenhuizen met een eigen koken moet onderscheid gemaakt worden tussen inkoop bij één leverancier die alle producten brengt, of in het geval van Nij Smellinghe, waar via de foodhub zoveel mogelijk lokale producten afgenomen worden of anders voor de next best gekozen wordt.

Bij het Ziekenhuis Nij Smellinghe is momenteel al sprake van een opgerichte coöperatie, die tenminste 75% van het voedsel voor het ziekenhuis produceert. De teammanagers van het ziekenhuis kunnen producten bestellen, waarna dit door de coöperatie wordt geregeld. Binnen de coöperatie worden beslissingen genomen door de leden.

Nij Smellinghe bestelt met voorrang bij de coöperatie. Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen zegt dat ze kunnen variëren en soms het ene bij de groothandel bestellen, het andere regionaal en weer iets anders bij de visboer. Bovendien zeggen ze tegen de groothandel: *“Wij willen 40% regionaal. Als jullie dat niet kunnen leveren, hebben wij het recht ergens anders te halen. Staat ook in ons contract.”*. Het Martini Ziekenhuis heeft een cateraar die ook de inkoop doet, waar het ziekenhuis wel bepaalde eisen kan stellen. Zo kan het ziekenhuis bijvoorbeeld eisen dat een substantieel deel van de producten in de regio wordt ingekocht.

Hierbij is het van belang om coöperaties met elkaar te verbinden, wat een voorkeur heeft boven het opzetten van één grote coöperatie. Het netwerk moet vergroot worden. Zo kunnen coöperaties uit verschillende delen van het land de producten

aan elkaar leveren die de ander niet kan produceren. In een definitie van 'lokaal' moet uiteindelijk rekening gehouden worden met wat praktisch mogelijk is: als men bijvoorbeeld kijkt naar verschillende bodemsoorten is het niet mogelijk elk gewas in elk deel van het land te planten. Onder 'lokaal' wordt dan ook verstaan dat het doel is om iets in de provincie of Noord-Nederland te halen, maar dat binnen Nederland nog steeds beter is dan importeren uit Frankrijk. In het tweede interview, zegt de geïnterviewde, een directeur Facilitair Bedrijf, het volgende over dit onderwerp: *“de patiënt aan bed kunnen vertellen dat het eten wat hij vandaag krijgt van Groninger land komen en de groente links om de hoek.”*

Met betrekking tot bestellen hebben de ziekenhuizen verschillende verwachtingen. In het geval van het Martini Ziekenhuis regelt de cateraar de bestellingen. Voor de anderen is het belangrijk dat er niet te vaak geleverd wordt, waarnaast ook grotere verpakkingen de voorkeur hebben over bijvoorbeeld los verpakte kilo's vlees. Het bestellen moet ook makkelijk zijn. Makkelijk bestellen gaat bijvoorbeeld via een formulier, waartegenover bij bijvoorbeeld het handmatig typen van bestellingen teveel fouten worden gemaakt. In interview drie met een teamleider voeding-horeca van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen, gaf hij aan dat ze willen dat leveringen in één keer plaatsvinden en zegt hierover: *“Als dit project klaar is, hebben wij alles geregeld. Eén busje. Foodhub. Coöperatie.”*

Een onderdeel van de voedselafname is het verbouwen van gewassen. De boer moet hierbij afnamezekerheid hebben, maar als hij dit heeft, kan in goed overleg samen afgesproken worden welke gewassen verbouwd gaan worden. Zo kunnen ziekenhuizen 'on demand' productie krijgen. In interview één, wordt het volgende hierover gezegd: *“Als wij tegen de agrariër zeggen dat wij drie velden broccoli nodig hebben, dan zegt hij dat hij het met liefde doet als wij het afnemen.”* of *“Ik krijg wel eens een belletje en dan hebben ze dertig kuipen bloemkool over. Dan mogen ze komen en gaan wij dat verwerken en smoothies ofzo maken. Dat commitment hebben wij. Soms financieel wel nadelig, maar dit is onderdeel van langere visie.”*

Ook kan hierbij rekening gehouden worden met de seizoenen en een praktische invulling hieraan gegeven worden. In interview drie wordt gezegd: “En wij kunnen goed kijken wat er nodig is. Werken met vier seizoenen, gaan terug naar twee. Hele nieuwe cyclus maken hoeft niet, lente en zomer praktisch hetzelfde. Zo kunnen wij al een jaar van tevoren uitspraak doen over de producten die wij volgend jaar willen.”

4.4 Productiemethoden van voedsel

Met betrekking tot productie van voedsel worden verschillende methoden gehanteerd. Met betrekking tot koken wordt vers gekookt, maar hierbij is een optie om ‘on demand’ te koken, dus te koken wanneer een patiënt eten bestelt.. Ook bestaat de mogelijkheid om eten niet bij het bed van de patiënt te brengen, maar beschikbaar te maken in de hal. Dit lijkt de mobiliteit van patiënten te bevorderen, doordat de mensen die kunnen bewegen dat ook doen.

4.5 Patiëntbehoeften

Een van de genoemde KPI's is klanttevredenheid. Het doel hierbij is dat patiënten het voedsel lekker moet vinden en tenminste met een acht beoordelen.

“We hebben mensen die naar het [naam ziekenhuis] moeten. Die vragen of zij echt terug mogen naar Drachten want daar is fatsoenlijk eten. Die zitten met een cateraar voor kleine maaltijden uit de fabriek. Niks te maken met goede voeding. Wij hebben regelmatig patiënten die vragen of ze hier mogen liggen wegens het eten.”

Ook is er een manier opgezet waarop patiënten eten kunnen bestellen met behulp van een app. Op deze manier kunnen patiënten aangeven hoeveel eten ze willen (klein, middel of groot), waardoor 35% minder voedsel wordt verspild. Ook maakt een flexibel systeem ruimte voor bestellingen buiten de norm. Zo zegt geïnterviewde één: “Als je binnenkort overlijdt en je wil nog een biefstuk, dan gaan wij dat regelen.”

Een laatste onderdeel hiervan is dat tot nu toe voornamelijk gericht is op patiëntbehoeften van huidige patiënten. Hier kan ook gevraagd worden aan anderen wat voor behoeften ze hebben mochten ze in het ziekenhuis belanden. Deze groep heeft waarschijnlijk meer ruimte om hierover na te denken, waar patiënten per definitie meer op hun huidige gezondheidssituatie gericht zijn.

NB Het volgende hoofdstuk is in het geheel gewijd aan een eigen onderzoek naar patiënt behoeften dat voor dit project is uitgevoerd.

4.6 **Kwaliteit van voeding**

Door overleg met boeren kunnen ook voedingsrijkere groenten gekozen en geproduceerd worden. Geïnterviewde één zegt: *“De voedingsstoffen terug in de bodem. Het resultaat is dat er echt 4-5% meer voedingswaarden in groenten terug komen.”* Hierbij speelt ook een rol dat meer eten moet worden ingekocht als het minder voedingswaarde bevat.

Door dit overleg kan ook rekening worden gehouden met andere behoeften van ziekenhuiskeukens. Zo geven sommigen aan dat het geleverde voedsel dezelfde maat moet hebben voor makkelijke verwerking, terwijl anderen aangeven dat ze afwijkende producten anders kunnen verwerken. *“Dus de ene keer krijg je grote wortels en andere keer kleiner. Voor een restaurant niet erg, maar voor een ziekenhuis wel. Daar moet alles gelijk zijn. Manier van snijden en aanleveren ook lastig.”*

“Laten wij met z'n alleen niet in eenheidsworst denken dat een komkommer of wortel in rechte vorm bestaat. Tuurlijk snap ik dat het voor de verwerking best complex kan zijn. Ik kan dat wel vinden, maar de kok beneden heeft daar geen behoefte aan. Daar moeten wij dus een middenweg vinden, maar wil het niet te snel afschieten. Dat hoort ook bij regionaal, streek en economische waarden dat je voedselverspilling bij de bron ook voorkomt.”

4.7 Uitdagingen

Een belangrijk onderdeel van wat besproken is zijn de problemen waar tegenaan gelopen wordt in uitvoering van beleid en het nastreven van doel en visie.

In een organisatie met veel relatief onafhankelijke afdelingen komt beleid vaak bottom-up, terwijl de geïnterviewden aangeven belang te hebben aan top-down sturing zodat meer gecentraliseerde beslissingen gemaakt kunnen worden.

Een ander belangrijk punt is transparantie tussen patiënt en ziekenhuis en tussen ziekenhuis en leverancier. Met betrekking tot patiënten moet eerlijk en transparant gecommuniceerd worden. Zo stelt geïnterviewde twee, directeur Facilitair Bedrijf bij het Martini Ziekenhuis, in het tweede interview dat *“Gebakken lucht verkopen of gewoon een lokaal label helpt niet. Moet wel een eerlijk verhaal zijn.”*.

Met betrekking tot leveranciers moet van beide kanten duidelijk zijn wat de afspraken zijn en waar naar gestreefd wordt. Beide kanten moeten ook afspraken nakomen; in de interviews kwam naar voren dat de professionaliteit van leveranciers soms tekort komt of kwam. Een voorbeeld hiervan is dat de prijs van producten voor beide kanten duidelijk moet zijn voordat er besteld en geleverd wordt.

Bestaande contracten met groothandels kunnen ook in de weg staan van het maken van nieuwe afspraken. Deze contracten hebben vaak clausules opgenomen waarin staat dat de klant geen andere leveranciers mag hebben. Zo heeft geïnterviewde één dat *“eruit gesloopt”*.

Als voedselcoöperaties als serieus alternatief genomen worden, moet er rekening mee worden gehouden dat sommige voedingsmiddelen lastiger regionaal te krijgen zijn. Zo is het nog niet gelukt een stabiele keten op te zetten voor vlees. Over zuivel zegt geïnterviewde één: *“Die zitten in veel coöperaties. Wij hebben zelf een kleine zuivelboer. Lastig om daar een conse-*

quente lijn in te krijgen". Het lokaal bestellen van vet en olie is ook nog niet mogelijk en wordt dus via de groothandel besteld. Daarnaast wordt bestellen via coöperaties bemoeilijkt doordat verschillende leveranciers verschillende bestel 'interfaces' en bestelmethoden hebben.

4.8 Conclusies

Concluderend is gevraagd naar het huidige beleid van ziekenhuizen met betrekking tot voedselinkoop. Daarnaast is uitgevraagd wat het doel en de visie zijn voor toekomstig beleid met betrekking op duurzaam en lokaal/regionaal inkopen. Ten derde zijn belemmeringen in het bereiken van het doel en de visie uitgevraagd.

Met betrekking tot het huidige beleid is duidelijk dat verschillende werkmethoden worden gebruikt. Overlap is te vinden in het gebruik van KPI's die gericht zijn op klanttevredenheid, medewerkerstevredenheid, duurzaamheid en budget. Deze factoren spelen echter in verschillende mate een rol bij de verschillende ziekenhuizen.

Een verschil is te vinden in of de keuken waar voedsel verwerkt wordt intern of extern is. Ook de definities van duurzaamheid die gehanteerd worden, zijn verschillend. Eén van de ziekenhuizen maakt al gebruik van een coöperatie om voedsel in te kopen.

Het doel en de visie voor toekomstig beleid met betrekking tot voedselinkoop zijn voornamelijk gericht op duurzaamheid. De ziekenhuizen willen meer lokaal inkopen, wat in de praktijk betekent dat zo lokaal mogelijk ingekocht moet worden: liever Nederlands dan Frans, en liever uit Groningen dan uit Limburg. Wel moet hierbij rekening gehouden worden met duurzaamheid, aangezien kweek in kassen niet per sé beter is dan import. Ook willen de ziekenhuizen klanten gezonder voedsel bieden en zien goed overleg met de producent hierbij als hulpmiddel. Daarnaast is het belangrijk dat de voedselleveringen efficiënt blijven verlopen.

Belangrijke belemmeringen zijn te vinden in het verloop van contact met lokale leveranciers. Er moet eerlijk en transparant gehandeld worden en afspraken moeten nagekomen worden. Ook staan bestaande afspraken met groothandels in de weg.

De geïnterviewden geven allen aan dat niet alleen gedrag van werknemers, maar ook betrokkenheid en bewustwording moet worden veranderd om diepere verandering in de organisatie te behouden.

Het doel van dit onderzoek was om erachter te komen wat de huidige en toekomstige wensen van inkopers van voedsel bij ziekenhuizen zijn. Ten behoeve hiervan zijn drie inkopers geïnterviewd en de interviews geanalyseerd. Hierbij is vooral gelet op waar de inkopers waarde zien die mogelijk ingevuld kan worden door foodhubs. De resultaten van dit onderzoek moeten met enige waakzaamheid geïnterpreteerd worden, om meerdere redenen. Ten eerste zitten de wensen van de drie inkopers niet op één lijn; over sommige aspecten van voedselinkoop zijn de geïnterviewden het niet eens. Ten tweede zijn maar drie inkopers geïnterviewd, gezien de specifieke richting van het onderzoek. Dit leidt ertoe dat de resultaten niet als universele waarheid gezien mogen worden.



Voedsel-
behoeften
van patiënten

5

Voedselbehoeften van patiënten

5.1 Inleiding

Inadequate voedingsinname tijdens ziekenhuisopname kan de prevalentie van ondervoeding verhogen (1,2)¹. Europees onderzoek laat zien dat 53% van de ziekenhuispatiënten een hoog risico op ondervoeding heeft (3). Ondervoeding verhoogt het risico op morbiditeit en mortaliteit en kan daarnaast leiden tot hogere ziekenhuiskosten vanwege een langere ziekenhuisopnameduur en meer heropnames (4–6). De voedingsinname in ziekenhuizen is vaak inadequaat. Factoren die hierbij een rol spelen zijn o.a. voedingsgerelateerde klachten zoals misselijkheid, droge mond, vermoeidheid, en pijn, maar ook de lage perceptie van de kwaliteit en sensorische eigenschappen van het eten (1,7–9).

Er zijn meerdere studies gedaan naar de mening en wensen van patiënten over ziekenhuisvoedsel. Kwaliteit van het voedsel lijkt de belangrijkste voorspeller van tevredenheid onder patiënten met betrekking tot ziekenhuisvoedsel te zijn (10–12). De kwaliteit van de maaltijd is sterk gerelateerd aan smaak, variatie, textuur, versheid, perceptie van gezondheid en het voldoen aan de voorkeuren van de patiënt (11–14). Adequate voedselvariëaties voor verschillende diëten, portiegroottes, en de mogelijkheid om maaltijden te kiezen, beïnvloeden ook de maaltijdervaring en perceptie van de patiënt (9,13–16).

Er is steeds meer aandacht voor lokaal voedsel, mogelijk ook door de wens om zo vers en kwalitatief mogelijk voedsel te consumeren (17,18). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de wensen en perceptie van ziekenhuispatiënten op het gebied van lokaal voedselaanbod. Eén Canadese studie (n=1,087) geeft

1 De nummers verwijzen naar referenties die voor dit onderdeel ook achter dit hoofdstuk zijn gezet.

aan dat lokaal voedsel door 37% van de patiënten als “zeer belangrijk” werd gezien. In totaal vond 74% en 70% van de Canadese patiënten, respectievelijk de smaak en versheid van het ziekenhuis eten zeer belangrijk. Er werd in deze studie weinig doorgevraagd over het onderwerp lokaal voedsel. Hierdoor is het o.a. niet bekend wat de patiënten verstaan onder lokaal voedsel, welke producten ze eventueel graag lokaal ingekocht willen hebben en of ze thuis ook lokaal voedsel nuttigen.

Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen heeft de intentie vastgelegd om maatschappelijk verantwoord, en dus lokaal geproduceerd voedsel in te kopen. Het Wilhelmina ziekenhuis Assen doet mee met het Food for Care – Care for Food project om de samenwerking met lokale foodhubs in Noord-Nederland te versterken. Het verkrijgen van inzicht in de wensen en eisen van de patiënten, met betrekking tot het uitbreiden van het ziekenhuis-aanbod van lokaal voedsel is van belang. Door beter inzicht te hebben in wat de patiënten wensen met betrekking tot het uitbreiden van het lokaal voedselaanbod, kan de hoge prevalentie van inadequate inname wellicht verbeteren. Dit omdat het uitbreiden van lokaal voedsel meer mogelijkheden geeft om de patiënten van gezonde, verse, en verantwoordelijke maaltijden aan te bieden tijdens ziekenhuisopname die passen bij de voedingsbehoefte en ziekte en/of klachten van de patiënt.

5.2 Doel en opzet van deelstudie

Doel

Het doel van het onderzoek is vierledig, nl. het bepalen van:

1. De eisen en wensen van patiënten met betrekking tot het uitbreiden van het ziekenhuisaanbod met lokaal voedsel
2. De prioriteiten van patiënten met betrekking tot aspecten van ziekenhuiseten en voedselgerelateerde eigenschappen.
3. De sensorische beoordeling van patiënten van een maaltijd die wordt geserveerd in het ziekenhuis.

Onderzoeksdesign

Voor dit onderzoek is eenmalig een vragenlijst afgenomen bij patiënten. Dit onderzoek is daarom een cross-sectioneel onderzoek.

Methoden

Populatie

De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten die zijn opgenomen in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen.

Inclusiecriteria voor patiënten

- Leeftijd 18 jaar of ouder
- ≥ 2 dagen opgenomen in het ziekenhuis
- In staat om maaltijden te nuttigen

Exclusiecriteria voor patiënten

- Geen maaltijd genuttigd in het ziekenhuis tijdens opname
- Parenterale voeding of sondevoeding
- Dementie
- Verstandelijke beperking

Steekproefgrootte

Op basis van eerdere studies werd er gestreefd naar een inclusie van 75 patiënten per ziekenhuis (n=225 totaal) (19,20). De sample size is gericht om diverse patiënten van verschillende ziekenhuisafdelingen te vertegenwoordigen en om alle aangeboden maaltijden (ontbijt, lunch en avondeten) te vertegenwoordigen voor de maaltijdbeoordeling (19,20).

Primaire uitkomstvariabelen

- De eisen en wensen van patiënten met betrekking tot het uitbreiden van het ziekenhuisaanbod met lokaal voedsel
- Mening en voedsel-gerelateerde prioriteiten van patiënten met betrekking tot ziekenhuiseten
- Total Hospital Food Experience Questionnaire (HFEQ) score

Co-variabelen

- Demografische gegevens: leeftijd, geslacht, provincie, opleidingsniveau

Metingen

De dataverzameling vindt plaats met behulp van een vragenlijst (Bijlage 1). De vragenlijst is deels gebaseerd op de Canadese *Hospital Food Experience Questionnaire* (HFEQ) (21). De HFEQ bevat drie onderdelen over prioriteiten met betrekking tot het

eten en drinken in het ziekenhuis, voedingsgerelateerde prioriteiten, en een maaltijdbeoordeling. In de huidige versie van de vragenlijst zijn de volgende onderdelen toegevoegd: vier algemene vragen (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woonachtig in welke provincie), zeven vragen over lokaal voedsel in het ziekenhuis en/of de thuissituatie (waarvan één open vraag).

De vragenlijst wordt door de deelnemer zelf ingevuld, waarbij een medewerker in het ziekenhuis indien nodig helpt bij het invullen ten behoeve van het begrijpen van de vragen en antwoordmogelijkheden, lezen en/of schrijven. Het invullen van de vragenlijst vond plaats in het ziekenhuis. Het invullen van de vragenlijst was eenmalig en duurde maximaal 15 minuten.

Data-analyse

Beschrijvende statistiek is uitgevoerd met behulp van SPSS 26. Categoriele variabelen worden gepresenteerd als absolute getallen en in percentages. Continue variabelen worden getoetst op normaalverdeling en gepresenteerd als gemiddelde en standaarddeviatie indien normaal verdeeld of als mediaan en interkwartielafstand indien niet normaal verdeeld.

Ethische aspecten

Het onderzoek is uitgevoerd conform de principes van de Declaratie van Helsinki (aangenomen door de 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, juni 1964 en aangepast door de 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazilië, oktober 2013) en in overeenstemming met de Wet Medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) en Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit 2018. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door Hanze Ethische Advies Commissie.

Wervingsprocedure en toestemming

De onderzoeker heeft met de teamleider van de voedingsassistenten overlegd en de vragenlijst overgedragen. De voedingsassistent heeft de vragenlijsten uitgedeeld aan de patiënt en weer ingenomen. De voedingsassistent heeft de patiënt mondeling en schriftelijk met een informatiebrief geïnformeerd. Deelname aan het onderzoek vond plaats indien de deelnemer vooraf-

gaand aan het afnemen van de vragenlijst het toestemmingsformulier had ingevuld en ondertekend.

5.3 Resultaten

Vanuit het Wilhelmina Ziekenhuis Assen zijn n=75 patiënten geïnccludeerd met een gemiddelde (sd) leeftijd van 60.4±18.8. De meeste patiënten waren woonachtig in Drenthe (n=65). In totaal consumeerde 53 (71%) van de patiënten thuis lokaal voedsel met een mediaan van 4 maaltijden (interkwartielafstand 2-5). Zie **tabel 5.1** voor de karakteristieken van de patiënten.

Tabel 5.1 Baseline gegevens

Leeftijd	60.4±18.8
Geslacht, man	31 (41%)
Ziekenhuisafdeling	
Maag, lever, darm afdeling	8 (11%)
Orthopedie, urologie, kaakaandoening, keel- neus-ooraandoeningen	19 (25%)
Stroke Unit	15 (21%)
Chirurgie	18 (24%)
Kraamafdeling	3 (4%)
Kinderafdeling	5 (7%)
Ouder en kind-centrum	2 (3%)
Onbekend	2 (3%)
Opleidingsniveau	
Lagere school	4 (5%)
Middelbare school	13 (17%)
Middelbaarberoepsonderwijs	28 (37%)
Hoger beroepsonderwijs	16 (21%)
Wetenschappelijk onderwijs	10 (13%)
Anders	3 (4%)
Woonachtig in provincie	
Friesland	1 (1%)
Drenthe	65 (87%)
Groningen	4 (5%)
Overijssel	1 (1%)
Gelderland	1 (1%)
Flevoland	0
Noord-Holland	1 (1%)
Zuid-Holland	0
Noord-Brabant	0
Zeeland	0
Utrecht	0
Limburg	1
Thuis gebruik van lokaal voedsel	53 (71%)
Aantal lokale maaltijden/dag	4 (2-5)

Data is weergegeven als gemiddelde en standaarddeviatie; aantallen en percentages; mediaan en interkwartielafstand

In **tabel 5.2** geven de meeste patiënten aan dat voedsel uit Noord Nederland en Nederland als lokaal wordt gezien. Een klein aantal patiënten, n=3 (4%), geeft aan dat voedsel uit een ander Europees land ook als lokaal wordt gezien.

Tabel 5.2 Wat is volgens de patiënt lokaal

Wat is lokaal, n=75	
Voedsel dat uit Nederland komt	39 (52%)
Voedsel dat uit een ander Europees land komt	3 (4%)
Voedsel dat uit Noord Nederland komt (Groningen, Friesland, Drenthe)	49 (65%)
Voedsel dat uit mijn stad of dorp komt, n=73	23 (21%)

In **tabel 5.3** staan redenen van patiënten die het belang van lokaal voedsel aangeven. De meest voorkomende redenen zijn: de patiënt consumeert graag seizoensproducten n=27 (53%), de patiënt vindt het van belang dat voedsel onder eerlijke voorwaarden voor de boeren/producten is geproduceerd n=27 (53%). De minst voorkomende reden was dat de patiënt lokaal voedsel gezonder vindt dan niet-lokaal voedsel n=7 (14%).

Tabel 5.3 Belang van lokaal voedsel

Lokaal voedsel is voor mij van belang omdat: n=51	
Ik dit beter vind voor dierenwelzijn	13 (26%)
Ik graag seizoensproducten eet of drink	27 (53%)
Het is geproduceerd onder eerlijke voorwaarden voor de boeren/producten	27 (53%)
Het komt van dichtbij en daardoor is de transportafstand kleiner	23 (45%)
Het is geproduceerd met minimale CO ₂ uitstoot	9 (18%)
Ik vind dit gezonder dan niet-lokaal voedsel	7 (14%)
Anders	5 (10%)

Anders: Alles uit eigen moestuin (n=1); gunfactor (n=1); mijn ouders koken (n=1); neutraal (n=1); trekt mij wel aan (n=1).

In totaal geven n=63 (86%) patiënten aan dat ze het positief vinden dat het ziekenhuis het lokaal voedselaanbod wil uitbreiden. Redenen hiervoor zijn o.a.: kleinere transportafstanden (n=5), beter voor het milieu (n=5), steun voor de lokale boer (n=9), en ze vinden het gezonder (n=2) (**tabel 5.4**).

Tabel 5.4 Mening over uitbreiding lokaal voedselaanbod in het ziekenhuis

Wat vindt u er van dat het ziekenhuis in de toekomst meer lokaal voedsel wilt gaan aanbieden aan patiënten? n= 73	
Dat vind ik positief	63 (86%)
Dat vind ik niet positief	10 (14%)
Geen mening	0

Toelichting die patiënten hebben gegeven voor hun antwoord: afstand/transport (n=5), milieu (n=5), steun voor lokale boer (n=9), duurzamer (n=1), eigen producten consumeren en niet vanuit buitenland (n=1), praktischer (n=1), het maakt mij niet uit (n=2), beleving van de regio (n=1), moeten we allemaal naar toe (n=1), omdat er veel keuze is (n= 1), gezonder (n=2), je weet waar het vandaan komt; weinig bespotten; biologisch (n=1).

In totaal hebben n=64 (91%) van de patiënten aangegeven dat het voedselaanbod volledig is in het ziekenhuis (**tabel 5.5**).

Tabel 5.5 Mening over de volledigheid van het voedselaanbod in het ziekenhuis

Is het voedingsaanbod in het ziekenhuis volledig volgens u? n= 70	
Ja, ik mis niets	64 (91%)
Nee	6 (8%)
Ik mis de volgende producten:	
Fruit	1
Tekort aanwezig in het ziekenhuis om de vraag te beantwoorden	4
Halal-geslacht vlees	1
Manier van bereiden	2
Geen klachten	1
Volkoren crackers/ongezouten noten	1
Verse groente, vis, variatie vlees/kip,	1
Producten met veel voedingswaarde zoals avocado en noten	1

De meest genoemde lokale producten waarvan de patiënt een optie van zou willen hebben in het ziekenhuis zijn: groente, fruit, vlees, eieren, zuivel, en brood. De minst gekozen opties zijn: couscous, limonade, dubbeldrank, frisdrank, hartige snacks, rijst, noten, en zoete snacks (**tabel 5.6**).

Tabel 5.6 Mening over producten waar de patiënt het liefst een lokale optie van zouden willen.

Van welke producten zou u het liefst een lokale opties willen hebben in het ziekenhuis, n=72	
Groente	56 (78%)
Fruit	43 (60%)
Brood	37 (51%)
Pasta	6 (8%)
Couscous	2 (3%)
Rijst	4 (6%)
Vlees	42 (58%)
Vis	17 (24%)
Peulvruchten	11 (15%)
Noten	4 (5%)
Eieren	41 (57%)
Vleesvervangers	8 (11%)
Zuivel	39 (54%)
Vruchtensap	16 (22%)
Limonade, dubbeldranken, frisdranken	2 (3%)
Roomboter	20 (28%)
Zoete snacks	4 (6%)
Hartige snacks	2 (3%)
Ik heb hier geen mening over	10 (14%)

Tabel 5.7 geeft de prioriteiten van patiënten weer met betrekking tot ziekenhuismaaltijden. De meeste onderdelen van voedselprioriteit scoorde een mediaan van 4 (Belangrijk), behalve 'goed smaken' met een mediaan van 5 (zeer belangrijk) en 'lokaal zijn' met een mediaan van 3 (neutraal). De subschaal 1 score, mediaan (IKA) = 19 (17-21) [de maximale score van subschaal 1 is= 25].

Tabel 5.7 Voedselprioriteiten

Hoe belangrijk is het voor u dat de ziekenhuismaaltijden	Niet belangrijk	Minder belangrijk	Neutraal	Belangrijk	Zeer belangrijk	Mediaan (IQR)
... Er goed uitzien, n= 65	0	7 (11%)	9 (14%)	41 (63%)	8 (12%)	4 (3,5-4)
... Goed ruiken, n= 60	0	2 (3%)	9 (15%)	38 (63%)	11 (18%)	4 (4-4)
... Goed smaken, n=64	0	0	0	301 (48%)	33 (52%)	5 (4-5)
... Vers zijn, n=65	0	0	3 (5%)	35 (54%)	27 (42%)	4 (4-5)
... Lokaal zijn, n=61	1 (2%)	7 (12%)	24 (39%)	22 (36%)	7 (12%)	3 (3-4)

Tabel 5.8 laat zien dat de mediaan voor de meeste voedselgerelateerde prioriteiten een 4 scoorde ('belangrijk'). Voor de voedselgerelateerde prioriteit 'voeding aanbieden dat u gewend bent om te eten' en 'traditionele gerechten aanbieden passend bij uw cultuur' werd met de mediaan van 3 gescoord (neutraal). De temperatuur van het eten lijkt met een kleine voorsprong het meest belangrijk voor de patiënten met een mediaan (IKA) van 4 (4-5). De subschaal 2 score had een mediaan (IKA) van 36 (31-40) [maximale score mogelijk= 50].

Tabel 5.8 Voedselgerelateerde prioriteiten

Hoe belangrijk is het voor u, dat het ziekenhuis	Niet belangrijk	Minder belangrijk	Neutraal	Belangrijk	Zeer belangrijk	Mediaan (IQR)
... voeding aanbiedt die aan uw voedingsbehoeften voldoet, n=64	0	4 (6%)	11 (17%)	40 (63%)	9 (14%)	4 (4-4)
... voeding aanbiedt dat u gewend bent te eten, n=62	3 (5%)	10 (16%)	23 (37%)	24(39%)	2(3%)	3 (3-4)
... Traditionele gerechten aanbiedt passend bij uw cultuur, n=58	7 (9%)	19 (33%)	23 (40%)	8 (14%)	1 (2%)	3 (2-3)
... eten aanbiedt dat u graag eet, n=59	0	6 (10%)	17 (29%)	31 (53%)	5 (9%)	4 (3-4)
...afwisseling biedt qua voedsel, n=67	0		4 (6%)	48 (72%)	15 (22%)	4 (4-4)
... eten serveert op de juiste temperatuur, n=63	0	2 (3%)	0	33 (52%)	28 (44%)	4 (4-5)
... u uw eten kunt kiezen, n=61	0	2 (3%)	8 (13%)	39 (64%)	12 (20%)	4 (4-4)
... u genoeg te eten aanbiedt, n=59	0	5 (9%)	7 (12%)	41 (71%)	6 (10%)	4 (4-4)
... voedsel aanbiedt in verpakkingen die gemakkelijk te openen zijn, n=61	0	7 (12%)	10 (16%)	30 (49%)	14 (23%)	4 (3-4)
... voedsel aanbiedt dat gemakkelijk te kauwen, door te slikken, of zelfstandig te eten is, n=60	0	6 (10%)	15 (25%)	32 (53%)	7 (12%)	4 (3-4)

De meeste patiënten (n=37, 59%) hebben het avondeten beoordeeld (**Tabel 5.9**). Een aantal patiënten heeft meerdere maaltijden op verschillende momenten beoordeeld (n= 9, 14%).

Tabel 5.9 Maaltijdkeuze voor de maaltijdbeoordelingen

Beoordeling ingevuld voor, n=63:	
Ontbijt	12 (19%)
Lunch	5 (8%)
Avondeten	37 (59%)
Alle momenten	8 (13%)
Lunch en avondeten	1 (2%)

In tabel 5.10 staan de maaltijdbeoordelingen. Alle onderdelen werden met een mediaan van 4 'belangrijk' gescoord. De subschaal 3 score heeft een mediaan (IKA) van 28 (24-29) [maximale score mogelijk= 35]

Tabel 5.10 Maaltijdbeoordeling

Beoordeel de volgende kenmerken van deze maaltijd (omcirkel uw antwoord):	Zeer slecht	Slecht	Oké	Goed	Zeer goed	Mediaan (IQR)
Het uiterlijk van het eten/ drinken, n=61	0	2 (3%)	11 (18%)	40 (66%)	8 (13%)	4 (4-4)
De geur van het eten/drinken, n=58	1 (2%)	1 (2%)	9 (16%)	36 (62%)	11 (19%)	4 (4-4)
De smaak van het eten/drinken, n=62	1 (2%)	1 (2%)	9 (15%)	35 (57%)	16 (26%)	4 (4-5)
De textuur van het eten/drinken, n=59	0	4 (7%)	13 (22%)	33 (56%)	9 (15%)	4 (3-4)
De temperatuur van het eten/ drinken, n=60	1 (2%)	2 (3%)	11 (18%)	30 (50%)	16 (27%)	4 (4-5)
De combinatie van eten op het bord, n=60	1 (2%)	2 (3%)	12 (20%)	36 (60%)	9 (15%)	4 (3.3-4)
De algehele kwaliteit van het eten bij deze maaltijd, n=62	1 (2%)	1 (2%)	9 (15%)	39 (53%)	12 (19%)	4 (4-4)

De totaal HFEQ score was 79 (69-86) [de maximale haalbare score is 110].

5.4 Conclusies en discussie

De meeste patiënten (86%) van het Wilhelminaziekenhuis in Assen geven aan dat het positief is dat het ziekenhuis het lokale voedselaanbod wilt uitbreiden. De voornaamste redenen hiervoor zijn: de kleinere transportafstanden, het is beter voor het milieu, en de steun voor de lokale boer. De patiënten zien vooral voor groente, fruit, vlees, eieren, zuivel, en brood een lokale producten. Bijna alle voedsel en voedselgerelateerde eigenschappen werden beoordeeld als 'belangrijk' of 'goed', wat suggereert dat patiënten prioriteiten en hoge verwachtingen hebben voor hun ziekenhuismaaltijden. Meer dan de helft van de patiënten gaven aan dat ze versheid, geur en uiterlijk belangrijk vonden in ziekenhuismaaltijden. Ook beoordeelde de patiënten hun ziekuismaaltijd voornamelijk als 'goed' op gebied van uiterlijk, geur, smaak, textuur. Temperatuur, combinatie op het bord, en de algehele kwaliteit. Sensorische aspecten van maaltijden kunnen de maaltijdbeoordeling beïnvloeden (9,13), wat ook wordt benadrukt door de resultaten. Een lage maaltijdkwaliteit en ontevredenheid over sensorische eigenschappen van maaltijden kan leiden tot een lagere voedselinname en daardoor ook negatieve gevolgen hebben voor klinische uitkomstmaten (1,4,22,23).

Vergelijkbaar met andere studies, werd lokaal geproduceerde voedingsmiddelen minder vaak als 'belangrijk' of 'zeer belangrijk' beoordeeld dan andere voedingsmiddelen en voedselgerelateerde eigenschappen (19,24). Toch werd dit onderdeel door bijna de helft (48%) van de patiënten gezien als 'belangrijk' of 'zeer belangrijk'. Daarnaast gaf ook ruim de meerderheid aan dat ze het positief vonden dat het ziekenhuis het lokale voedselaanbod wil uitbreiden. Hoewel lokaal voedsel een lagere prioriteit had in vergelijking met voedsel-eigenschappen zoals versheid en smaak, kunnen deze twee prioriteiten ook goed met lokaal voedsel bereikt worden (18). Het vergroten van het lokaal voedselaanbod kan een potentiële strategie zijn om vers voedsel te serveren met gunstige sensorische eigenschappen te geven aan maaltijden.

Dit onderzoek heeft sterke kanten en minder sterke kanten. Een sterke kant van het onderzoek is dat naast de HFEQ (Hospital Food Experience Questionnaire) ook meerdere vragen over lokaal voedsel werd gesteld. Hierdoor hebben we meer inzicht in wat patiënten graag zien in het aanbod van lokaal voedsel. Daarnaast geeft de gevalideerde HFEQ een goed inzicht in de prioriteiten van de patiënten met betrekking tot de ziekenhuismaaltijden en de sensorische eigenschappen.

Een minder sterke kant van het onderzoek is dat het niet bekend is of de patiënten zelfstandig en alleen de vragen hebben beantwoord. Wanneer ze namelijk hulp krijgen, kan dit een sociaal wenselijk antwoord opleveren. Een vergelijkbare studie laat zien dat bijna 75% van de patiënten hulp nodig hadden bij het invullen van de HFEQ. Mogelijk betekent dit dat het grootste gedeelte van de geïncludeerde patiënten van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen ook hulp heeft gehad met het invullen en dat de antwoorden wellicht positiever zijn dan de werkelijkheid. Een ander minder sterke kant van deze studie is dat niet alle onderdelen van de HFEQ beoordeeld zijn. De reden is hiervoor onbekend. Wellicht geeft dit aan dat de vragen niet allemaal relevant waren voor de patiënten aangezien. Een gevolg van het niet beantwoorden van alle vragen van de HFEQ zou een kleine overschatting betekenen van de voedselprioriteiten en maaltijdbeoordelingen.


Concluderend, deze studie laat zien dat de meeste patiënten van het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen positief zijn over het plan van het ziekenhuis om het lokale voedselaanbod uit te breiden. De producten die de patiënten daar graag bij zien zijn groente, fruit, vlees, eieren, zuivel, en brood. Daarnaast werden de meeste voedsel- en voedselgerelateerde prioriteiten als belangrijk gezien door de patiënten. Ook waren de patiënten vrij positief over de maaltijden die het ziekenhuis hen aanbood. De HFEQ is ondersteunend in het verkrijgen van inzichten bij patiënten over de prioriteiten met betrekking tot voedsel in het ziekenhuis, maar ook de beoordeling van de ziekenhuismaaltijden. Deze kennis is van belang bij het aanpassen/verbeteren van voedselaanbod en de maaltijdservice.

Bronnen dit hoofdstuk

1. Allard JP, Keller H, Teterina A, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, et al. Factors associated with nutritional decline in hospitalised medical and surgical patients admitted for 7 d or more: a prospective cohort study. *Br J Nutr.* 2015;18:114.
2. Low food intake in hospital: patient, institutional, and clinical factors. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2018;43:1239-46.
3. Leij-Halfwerk S, Verwijs MH, Houdt S van, Borkent JW, Guaitoli PR, Pelgrim T, et al. Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥ 65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas.* 2019;126:80-9.
4. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr.* 2013;32:737-45.
5. Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, Gramlich L, et al. Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: A prospective cohort study. *Clin Nutr.* 2016;35:144-52.
6. Correia MITD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr.* 2003;22:235-9.
7. Curtis LJ, Valaitis R, Laur C, McNicholl T, Nasser R, Keller H. Low food intake in hospital: patient, institutional, and clinical factors. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2018;43:1239-46.
8. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L, et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: a 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr.* 2011;30:289-96.

9. Keller H, Allard J, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, Bernier P, et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. *J Hum Nutr Diet.* 2015;28(6):546–57.
10. Dall'Oglio I, Nicolò R, Di Ciommo V, Bianchi N, Ciliento G, Gawronski O, et al. A systematic review of hospital foodservice patient satisfaction studies. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115(4):567–84.
11. Capra S, Wright O, Sardie M, Bauer J, Askwed D. The acute hospital foodservice patient satisfaction questionnaire: the development of a valid and reliable tool to measure patient satisfaction with acute care hospital foodservices. *Foodserv Res Int.* 2005;16:1–14.
12. Hartwell HJ, Shepherd PA, Edwards JSA, Johns N. What do patients value in the hospital meal experience? *Appetite.* 2016;96:293–8.
13. Johns N, Hartwell H, Morgan M. Improving the provision of meals in hospital. The patients' viewpoint. *Appetite.* 2010;54:181–5.
14. Sorensen J, Holm L, Frøst MB, Kondrup J. Food for patients at nutritional risk: a model of food sensory quality to promote intake. *Clin Nutr.* 2012;31:637–46.
15. Wright O, Capra S, Aliakbari J. A comparison of two measures of hospital foodservice satisfaction. *Aust Health Rev.* 2003;26:70–5.
16. Watters CA, Sorensen J, Fiala A, Wismer W. Exploring patient satisfaction with foodservice through focus groups and meal rounds. *J Am Diet Assoc.* 2003;103:1347–9.
17. Murphy T. The Role of Food in Hospitals. HealthCareCAN Consultant 2017. Available: RoleofFood_FinalEN.pdf (healthcarecan.ca)
18. Padanyi P, Kanetkar V, Varangu L, Wylie-Toal B, Blaypalmer A. Report on Food Provision in Accepted Article Ontario Hospitals and Long-Term Care Facilities. The Canadian coalition for green health care. 2012. Available through: <https://www.greenhealthcare.ca/Coalition-OMAFRA-Summary.pdf>
19. Trinca V, Duizer L, Keller H. Putting quality food on the tray: Factors associated with patients' perceptions of the hospital food experience. *J Hum Nutr Diet.* 2022;35:81–93.

20. Trinca V. "Putting Quality Food on the Tray": Assessing Patients' Expectations and Experiences of Meals Served in Sixteen Ontario Hospitals Author's Declaration. *UWSpace*. Available through: <http://hdl.handle.net/10012/16399>
21. Trinca V, Iraniparast M, Morrison-Koechl J, Duizer L, Keller H. Hospital Food Experience Questionnaire (HFEQ): Reliable, valid and predicts food intake in adult patients. *Clin Nutr*. 2021;40:4011–21.
22. Allard J, Keller H, Jeejeebhoy K. Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: A prospective cohort study. *Clin Nutr*. 2016;35:144-152.
23. Dupertuis Y. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr*. 2003;22:115–23.
24. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. 1997;45:1829–43.

A close-up photograph of two people shaking hands outdoors. The person on the left is wearing a light blue button-down shirt, and the person on the right is wearing a blue and white plaid shirt. The background is a blurred green field. A solid orange vertical bar is on the left side of the image.

Naar een prototype van samenwerking

6

Naar een prototype van samenwerking

6.1 Aanpak

In de vorige hoofdstukken zijn de meningen weergegeven van onder andere foodhubs en ziekenhuizen over welke uitdagingen zij zien in levering van lokaal voedsel. Ook zijn meningen van patiënten weergegeven over lokaal voedsel. In dit hoofdstuk komen we tot een 'prototype' van de 'ideale foodhub' maar ook van de eisen aan de zorginstelling. Samenwerking moet per definitie van twee kanten komen. We geven eerst in termen van het te ontwikkelen business model weer hoe zorginstellingen er tegenaan kijken. Daarna komen we met een samenvatting van de 'eisen' die aan een ideale foodhub worden gesteld.

6.2 Waardeproposities en productaanbod

Het gaat hier om de waardepropositie van ziekenhuizen naar foodhubs en omgekeerd. Aangezien dit onderdeel sterk verweven is het het productaanbod, behandelen we deze twee onderwerpen in samenhang.

Met betrekking tot de waarde die de ziekenhuizen toevoegen aan de relatie met een foodhub zijn een drietal punten besproken. Ten eerste kunnen de ziekenhuizen afnamegarantie bieden, wat zekerheid biedt voor de leveranciers. Ook kunnen de ziekenhuizen langetermijn relaties aangaan, wat zekerheid biedt voor de foodhubs. Als laatste geven sommige geïnterviewden aan flexibiliteit te kunnen bieden in het kader van leveringshoeveelheid.

Een andere groep belangrijke aspecten die antwoord kunnen geven op de hoofdvraag van dit deelonderzoek zijn de waarden die toegevoegd kunnen worden voor de klant. Vanuit het

perspectief van de ziekenhuizen gaat het dus om de behoeften die het ziekenhuis heeft die mogelijk opgevuld kunnen worden door de foodhubs.

Met betrekking tot inkoop en product zijn een aantal punten naar voren gekomen. De ziekenhuizen hebben goede kwaliteit voedsel nodig. Er worden echter verschillende definities gehanteerd van 'kwaliteit', wat het lastiger maakt voor een foodhub om hierin richting te vinden. Bijkomend bij kwaliteit willen ze ook invloed hebben op keuzes met betrekking tot bijvoorbeeld voedingswaarde. Denk bijvoorbeeld aan de keuze tussen twee rassen van een groente, waarbij één meer gericht is op volume en een andere op hogere voedingswaarden. Ook willen ziekenhuizen ruim keuze hebben uit producten.

Met betrekking tot patiënttevredenheid zijn ook verschillende kernpunten gevonden. Het doel is om patiënten te laten bestellen hoeveel ze willen en wanneer ze willen. Deze flexibele hoeveelheden kunnen vorm krijgen door de keuze te bieden tussen klein/middel/groot bij de maaltijdkeuze. Flexibele bestelmomenten kunnen mogelijk gemaakt worden door bijvoorbeeld het gebruik van een app om de maaltijdkeuze door te geven. Ook is het belangrijk dat patiënten diversiteit hebben in de maaltijdkeuze. Ze moeten de keuze hebben om één van meerdere gerechten te kunnen bestellen. Daarnaast is het bij deze gerechten natuurlijk ook belangrijk dat ze goed moeten smaken.

Ook zijn er verschillende aspecten die meespelen in het gebied duurzaamheid. Hierbij moet rekening gehouden worden met dat de patiëntervaring altijd gekoppeld moet zijn aan daadwerkelijke duurzaamheid. Ziekenhuizen geven aan dat ze geen belang hebben bij 'doen alsof'.

Een ander punt dat over duurzaamheid gaat is dat producten zoveel mogelijk lokaal ingekocht moeten worden. Daarnaast is het doel een circulaire economie te creëren met die ziekenhuizen als afnemer en de foodhub als leverancier. Een voorbeeld hiervan is het recyclen van flesjes, die vervolgens door de foodhub hergebruikt kunnen worden.

Ook moet rekening gehouden worden met de seizoensgebondenheid van producten. Vaak is het wel mogelijk om sommige producten in 'het verkeerde seizoen' te krijgen, maar niet regionaal. Om dus duurzaam te blijven moet niet verder gekeken worden dan de producten die regionaal te verkrijgen zijn in de verschillende seizoenen.

Een ander aspect dat vaak naar voren komt is of producten biologisch moeten zijn. Hier zijn de geïnterviewden het echter niet over eens. De ene partij geeft hierin aan een voorkeur te hebben voor biologische producten, terwijl een ander aangeeft het idee te hebben dat dit niet beter is in het kader van duurzaamheid en daar dan ook geen belang bij te hebben.

6.3 Prijs

Als we naar de inkomstenstromen van foodhubs kijken, worden binnen ziekenhuizen vaste prijzen per patiënt per dag gehanteerd. Dat lijkt ook in de toekomst zo te blijven. De vaste prijs wordt door verschillende ziekenhuizen berekend op verschillende manieren. Sommige ziekenhuizen rekenen hier met de hele waardeketen. Hoe dit bedrag besteed wordt, lijkt echter vrij te zijn voor de managers.

Hierin zit verschil in voor welke waarden de managers willen betalen. Zoals eerder genoemd zien sommige inkoopmanagers meer waarde in biologisch vlees, terwijl anderen dit onnodig en niet duurzaam vinden.

6.4 Channels

Als we kijken naar de kanalen waardoor de foodhubs contact houden met ziekenhuizen, dan zijn die in tweeën te delen. Met betrekking tot bestellingen moet het eenvoudig geregeld worden. De ziekenhuizen willen een enkele bestelling zien per twee weken, en niet losse busjes voor elk bestelde onderdeel. Ook moet het in bulk verpakt zijn.

Om te bestellen willen de ziekenhuizen één interface hebben waarin ze kunnen bestellen. Ze willen voorspelbare prijzen en voorspelbare hoeveelheden, waarbij prijsafspraken gemaakt worden vóór de levering.

6.5 Communicatie

In het eerste interview wordt al gesproken van een verbinding tussen het ziekenhuis en een foodhub. In het kader van 'Customer relations' zijn daarnaast de volgende punten naar voren gekomen. Met betrekking tot communicatie verwachten ziekenhuizen dat leveranciers flexibel kunnen zijn. Als een ander product ingekocht moet worden, kunnen de leveranciers hier in goed overleg naar handelen. Ze geven ook aan behoefte te hebben aan een simpel te gebruiken interface waarmee weinig fouten gemaakt kunnen worden.

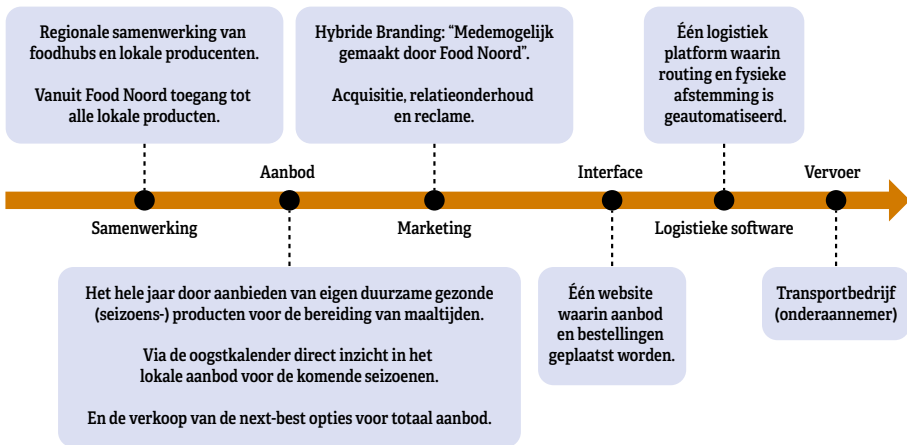
De ziekenhuizen geven ook aan te willen bestellen in één bestelformulier. Dit zou fouten voorkomen en het proces simpeler houden. Er moet ook goed gecommuniceerd kunnen worden over seizoensproducten. In goed overleg moet het mogelijk zijn het jaar in bijvoorbeeld tweeën of vieren te delen en producten te leveren op basis van deze onderverdeling. Alles moet conformeren aan EU- en nationale reguleringen. Zo doet het UMCG niet mee aan het programma omdat ze, doordat ze overheidsgelden krijgen, met aanbestedingen moeten werken.

6.6 Eisen aan een foodhub en het ziekenhuis

Voor de foodhub geldt:

- Een foodhub krijgt de naam 'kartrekker' en zal zorgdragen voor:
 - o ICT voorziening richting het ziekenhuis mbt bestellen, aanbieden en facturering.
 - o Logistiek coördineren en indien nodig uitbesteden.
 - o Voedingsdeskundige inlenen of in dienst nemen voor afstemming voedselconcepten van ziekenhuizen op lokaal aanbod van de foodhubs.
 - o foodhubs welke nog niet aan de HCCP voldoen adviseren hoe ze deze kunnen opzetten.
 - o Helpen opzetten om lokale herkomst/productie van geleverd voedsel inzichtelijk te maken voor de ziekenhuizen.
 - o Transparant doorvertalen van vraag en aanbod naar andere deelnemende foodhubs.
 - o Adequaat aan relatiebehoud, communicatie en sales doen.

Figuur 6.1 Eisen aan de foodhub



- De andere deelnemende foodhubs dragen zorg voor:
 - o Specificeren van aanbod.
 - o Maakt herkomst inzichtelijk.
 - o Draagt zorg voor HCCP.

Figuur 6.1 vat een deel van deze eisen samen.

Voor de zorginstelling geldt:

- De bereidheid om lange termijnafspraken te maken met de foodhub over levering van lokaal food en tegen welke prijs
- De bereidheid om indien nodig een iets hogere prijs te betalen voor het lokale voedsel met als reden dat bijvoorbeeld de lokale bloemkool ten opzichte van een bloemkool van 'ver weg' misschien geen hogere of andere 'voedingswaarde' heeft maar wel een hogere 'waarde' in de zin van:
 - o Betere duurzaamheid vanwege korter vervoer.
 - o Bijdrage aan lokale economie.
 - o Leuker voor patiënten die daardoor wellicht ook meer eten.

Aan alle partijen binnen het project is dit prototype voorgelegd om hier feedback op te geven met als doel dit aan te passen en te 'finetunen'. Uit de feedback van vraag – en aanbodpartijen kwam naar voren dat het ideale business model moet voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er moet een ICT voorziening zijn richting het ziekenhuis mbt bestellen, aanbieden en facturering.
- De logistiek moet goed gecoördineerd en indien nodig uitbested.
- Foodhubs welke nog niet aan de HACCP voldoen adviseren hoe ze deze kunnen opzetten.
- Helpen opzetten om lokale herkomst/productie van geleverd voedsel inzichtelijk te maken voor de ziekenhuizen.
- Transparant doorvertalen van vraag en aanbod naar andere deelnemende foodhubs.
- Specificeren van aanbod.

Vervolgens is het prototype van het ideale businessmodel met verschillende partijen in de praktijk getest. Dit is gedaan door op zoek te gaan naar leveringen van lokaal voedsel door foodhubs aan zorginstellingen en dat op drie manieren te monitoren:

1. Analyse van de manier waarop de foodhub is georganiseerd: een soort 'interne analyse'
2. Het monitoren van de 'harde' uitkomsten van de onderlinge leveringen op het vlak van kosten (financieel en qua duurzaamheid) en opbrengsten bij de foodhubs (de focus van dit project).
3. Het monitoren en evalueren van de marketingactiviteiten van de foodhubs en de effecten op de klanten (de zorginstellingen). Dit hebben we gedaan door 'mee te doen' in het proces om tot leveringen te komen, een vorm van 'action research'.

De onder 1 en 2 genoemde analyses komen aan bod in hoofdstuk 7. Het onder 3 genoemde is onderwerp van hoofdstuk 8.

7

Organisatie van leveringen en resultaten

7.1 Inleiding

Hoofdstuk 7 en 8 bevatten de resultaten van een studie van drie 'cases'. Een case is in ons geval een daadwerkelijke levering van lokaal voedsel door een foodhub aan een zorginstelling. De verschillende partijen zijn vanuit de aanbodzijde de foodhubs Eten uit de Regio (EUDR), Boer & Chef (B&C) en Botmas. Vanuit de afnemende ziekenhuizen en zorginstellingen deden mee het Wilhelmina Ziekenhuis te Assen (WZA), het Martiniziekenhuis te Groningen, het Tjongerschans ziekenhuis te Heerenveen en de zorginstelling ZINN te Groningen. De cases in dit hoofdstuk 7 betreffen:

- levering door Eten Uit De Regio aan Wilhelmina Ziekenhuis Assen.
- levering door Boer en Chef aan Tjongerschans.
- levering door Botmas aan Tjongerschans.

Doelstelling van dit hoofdstuk is om te onderzoeken hoe de foodhubs functioneren en welke vorm van samenwerking het beste werkt (paragraaf 6.3). Verder vindt monitoring plaats om na te gaan wat de financiële en duurzaamheidsgevolgen zijn van de korte keten (paragraaf 6.4). Paragraaf 6.5 bevat de conclusies. We beginnen nu in paragraaf 6.2 met een verantwoording van de specifieke aanpak in dit hoofdstuk. De kennis die in dit (en het volgende) hoofdstuk verworven wordt, kan gebruikt worden om tot optimalisering van bestaande business modellen te komen, die kunnen leiden tot een betere samenwerking van de foodhubs met zorginstellingen.

7.2 Onderzoeksverantwoording

7.2.1 De korte versus de lange keten

In hoofdstuk 1 is het voor het onderzoek gedefinieerde conceptuele model beschreven dat gebruikt is voor het project. In dit model staat de korte voedselketen centraal waarin de foodhub een hub-functie heeft en ervoor zorgt dat leveranciers van voedsel en grote afnemers met elkaar verbonden worden. Zo kan vraag en aanbod zo goed mogelijk gematcht worden.

Bestaande businessmodellen zijn veelal gebaseerd op de business model literatuur, zoals het Business Model Canvas (Osterwalder & Pigneur, 2010). Hierbij staat waardecreatie (value creation) van de organisatie centraal door middel van het vermarkten van een waardepropositie (value proposition) die vervolgens gerealiseerd wordt door financiële stromen te beheren (value retaining).

Als we bestaande business modellen vertalen naar de voedselketen blijkt dat deze modellen veelal geënt zijn op de lange keten en doorgaans geen rekening houden met een ketenperspectief.

Efficiëntie en schaalgrootte zijn belangrijke en bepalende factoren in de lange keten. Efficiëntie impliceert dezelfde output halen met minder input, oftewel kostenreductie. Door het creëren van schaalgrootte en het uitoefenen van marktmacht ontstaat prijsdruk. Bovendien zorgt het marktmechanisme ervoor dat de prijs bepalend is, in tegenstelling tot niet-ingeprijsde waarden, zoals milieu, werkgelegenheid, regionale sociaal-economische ontwikkeling, enzovoort. Volgens Foorthuis et al. (2019) zijn de bestaande business modellen dan ook slechts geschikt voor het bereiken van bepaalde businessdoelen, voornamelijk gericht op de korte termijn en financieel gewin.

Wil de korte keten concurrerend zijn met de traditionele, lange keten dan is het van belang om het speelveld te veranderen. Dat betekent dat andere, meervoudige waarden meegenomen moeten worden in informatiebeheer en besluitvorming. Ook is het van belang dat er gekeken moet worden vanuit een

ketenperspectief, in plaats van het nemen van de organisatie als uitgangspunt.

Zo is het coöperatieve model een organisatievorm waarbij het marktmechanisme en de prijsvorming anders geregeld is dan in de bestaande, op transactiebasis gerichte markt. Het is een organisatievorm waarbij waardecreatie niet alleen bedoeld is voor de aandeelhouders, maar ook voor bijvoorbeeld de regio. Verschillende stakeholders kunnen een rol spelen bij het bereiken van deze meervoudige waardecreatie. Zo kan in een coöperatieve organisatievorm worden afgeweken van het prijsmechanisme door een eerlijke betalingsstructuur te creëren waarin boeren en andere stakeholders een 'fair share' kunnen krijgen (Foorthuis et al., 2019). Ook is de manier van samenwerking anders in een coöperatie door samenwerking zodanig te organiseren dat bepaalde mechanismen worden beloond die het collectieve belang dienen, zoals gezamenlijke productinnovatie, of het delen van informatie en data.

Ook Perline et al. (2015) beschrijven in hun onderzoek naar farm-to-hospital, initiatieven die, door middel van het ontwikkelen van coöperatieve distributie van lokaal voedsel, het gebruik van lokaal geproduceerd voedsel in ziekenhuizen kan ondersteunen. Daarbij stellen ze als voorwaarde dat een koppeling gemaakt moet worden met volumeverhogende strategieën, formele overeenkomsten en samenwerkende dialogen. Ook Klein (2015) onderschrijft dat deze samenwerking, door middel van foodhubs, nodig is om tegemoet te kunnen komen aan de wensen van instellingen en ziekenhuizen.

In de literatuur is dus bewijs te vinden dat samenwerking tussen foodhubs, waaronder coöperatieve organisatievormen, een mogelijke oplossing zouden kunnen bieden voor het organiseren van de keten, anders dan het huidige conventionele markt- en efficiency denken en de bestaande businessmodellen.

Figuur 7.1 Te ontwikkelen business model



TE ONTWIKKELEN BUSINESSMODEL VOOR FOOD HUBS

7.2.2 Conceptueel model

In het deelonderzoek wordt aan de hand van een drietal cases onderzocht hoe de foodhubs functioneren in de keten en hoe de samenwerking tussen de ketenpartijen eruit ziet. Ook wordt onderzocht wat de resultaten zijn van de foodhubs, in financiële en duurzaamheidstermen door middel van monitoring van de prestaties van de foodhubs.

Functioneren foodhubs

Bij het functioneren van de foodhubs staat het ketenperspectief centraal. Hierbij wordt gekeken naar de foodhubs en andere betrokken partijen, naast de wijze van samenwerking van deze partijen en de manier waarop de keten is georganiseerd.

Als conceptueel model wordt gebruikgemaakt van het gedefinieerde 'business model', zoals in hoofdstuk 1 reeds beschreven. In dit model worden enkele elementen van het Business Model Canvas gebruikt, namelijk de partners, de wijze van samenwerking en de waardepropositie (in de vorm van producten) inclusief de prijs. Zie figuur 7.1 (dezelfde als figuur 1.2) voor de verschillende elementen van het model.

Een belangrijk element dat onder de wijze van samenwerking valt, is de gekozen bestuursstructuur of het bestuursmodel. Hierop wordt nader ingegaan bij de casebeschrijving van Boer & Chef.

Monitoring

In de literatuur wordt een verandering naar meervoudige waarden genoemd als een van de voordelen van de korte ten opzichte van de lange keten. Hierbij doelt men op een overstap van financiële waarden naar waarden gericht op duurzaamheid, sociale waarden, gelijkwaardigheid (in de relatie) en lokaal. Bij de monitoring van de pilot is het van belang om deze voordelen goed voor het voetlicht van de stakeholders te brengen. Immers, deze voordelen laten het belang van samenwerking tussen de ketenpartijen die in de huidige praktijk vaak buiten het zicht blijven. Het huidige ketensysteem is met name gericht op efficiency en schaalgrootte en laat zich derhalve leiden door financiële prestaties als volume-kortingen, en lage, stabiele inkooprijzen. Wil de korte keten als alternatief verdienmodel een kans van slagen hebben, dan dient het meervoudige waardeconcept het uitgangspunt te zijn van de performance-meting en monitoring. Hier is bij de ontwikkeling van de keuze van de kritische prestatie-indicatoren (KPI's) rekening gehouden.

7.2.3 Kernbegrippen

Meervoudige waarden

Om de meervoudige waarden te beschrijven, wordt gebruikgemaakt van de 3 W's (Jonker & Faber, 2020): meervoudige, collectieve en gedeelde waarden. Meervoudige waarden houden in dat een organisatie niet alleen streeft naar het realiseren van financiële waarden, zoals winst, maar dat ook ecologische en/of sociale waarden deel uitmaken van de strategie. Collectieve waarden zijn waarden waarin een gezamenlijk belang schuilt, doordat meerdere stakeholders deze waarden nastreven. Bij deze waarden gaat het vaak ook om gedeelde waarden in de zin dat deze door de stakeholders zo ervaren en beleefd worden door een gezamenlijk proces van dialoog en besluitvorming.

Waardepropositie

Een belangrijk element uit het conceptueel model betreft de waardepropositie in de vorm van productaanbod. Deze wordt beschreven aan de hand van de 4 B's:

- Behoefte: op welke specifieke klantbehoefte (klantinzicht) wordt ingespeeld?
- Belofte: welke concrete belofte (propositie en merkbelofte) wordt door de organisatie gedaan?
- Bewijs: hoe bewijst de organisatie dat aan de belofte voldaan wordt (geloofwaardigheid)?
- Beleving: hoe zorgt de organisatie voor de juiste klantbeleving (customer experience)?

Het gaat hier dus vooral om de mate waarin de waardepropositie ofwel positionering relevant, geloofwaardig en onderscheidend is (Alsem, 2023).

7.2.4 Onderzoeksmethode

In deze paragraaf wordt de onderzoeksmethode besproken. Aan de orde komen het mesh-netwerkmodel dat voor de ketenanalyse is gebruikt en de opzet van de monitoring.

Ketenanalyse

Door de samenwerking tussen de onderdelen van de keten te analyseren is het mesh-netwerkmodel gebruikt zoals omschreven door Jonker (2020). Dit model kenmerkt zich door een flexibele benadering voor het beheren van samenwerking binnen organisaties. Het mesh-netwerkmodel biedt een raamwerk om de dynamiek en structuur van ketens te omschrijven.

De theoretische concepten beschreven door Jonker helpen bij het beschrijven van de keten door een framework te bieden waarin de samenwerking tussen de ketenpartijen kan worden omschreven.

Monitoring

Op basis van literatuuronderzoek zijn in eerste instantie in totaal 18 KPI's geïdentificeerd die gebruikt kunnen worden voor de monitoring van de pilot. Volgens de literatuur dient de performancemeting van de korte voedselketen gericht te zijn op duurzaamheid. Er worden verschillende dimensies onderscheiden; naast de economische dimensie is er ook de sociale

en milieudimensie. De KPI's zijn een performance instrument. Ze dienen daarmee naast financieel-economische indicatoren, ook sociale en milieutechnische (environmental) indicatoren te bevatten (Den Boer, 2021). Dit is inherent aan het karakter van korte voedselketens die sociaal en duurzaam pogen te zijn. Deze ruime opvatting sluit goed aan op het begrip meervoudige waarden, zoals die in het onderzoek wordt gebruikt.

Vervolgens zijn op basis van het projectplan de gezamenlijke waarden bepaald van de pilot. In tabel 7.1 staan deze waarden opgesomd met daarachter de dimensies waarop ze betrekking hebben.

Tabel 7.1 Kernwaarden

Gezamenlijke (kern)waarden (uit: Projectplan)		Dimensie
1	Duurzame relatie (duurzaamheidsaspect 1)	sociaal
2	Lokaal voedsel (sociaal-economisch beter, leuker en creëert binding)	sociaal - financieel
3	Vertrouwen in elkaar en in de markt	sociaal
4	Sociale waarden: gelijkwaardigheid	sociaal
5	Professionele samenwerking in de keten (vertrouwen, relatie/coalitie, type samenwerking)	ntb
6	Transparante communicatie	sociaal
7	Milieu-technisch (duurzaamheidsaspect 2)	milieu

Zoals te zien is, bevatten de waarden alle geïdentificeerde dimensies. De gezamenlijke waarden zijn in de projectgroep besproken en vervolgens voorgelegd aan de projectpartners. Van professionele samenwerking was niet eenduidig te bepalen welke dimensie(s) hierop van toepassing is (zijn).

Als laatste stap heeft prioritisering plaatsgevonden op basis van de beschikbare data van de stakeholders, alsmede belangrijke factoren als concurrentiegevoeligheid, vertrouwen, transparantie en communicatie tussen de ketenpartijen. Deze exercitie resulteerde in de volgende indicatoren waarvan de relevante data verzameld dient te worden: waste in de keten, voedingswaarde, food miles product en carbon footprint processing. Waste is onderverdeeld in drie stromen binnen de keten: afval in voedsel (eindproduct); afval in grondstoffen (snij-afval en productie-afval) en afval in verpakkingen.

In tabel 7.2 staan voor elke KPI de formules / meeteenheden aangegeven.

Tabel 7.2 Wijze van meten van KPI's

Prio	#	KPI	Meeteenheid/Formule
1	10	Waste / Afval	afval in kilogram en %
	10.1	Afval in voedsel (eindproduct)	idem
	10.2	Afval in grondstoffen	idem
	10.3	Afval verpakkingen	idem
2	12	Voedingswaarde	macronutriënten
3	15	Food miles product	aantal km's van boer, via tussenleverancier tot ziekenhuis
4	18	Carbon footprint processing	CO ₂ processing = amount processed (kg) CFP coefficient (CO ₂ / kg)

7.3 Analyse van samenwerking binnen de ketens

In deze paragraaf staat het functioneren en de samenwerking van de foodhubs centraal. Ook komen andere actoren in de keten aan bod waarmee diepte-interviews zijn gehouden. Centraal staan de foodhubs EUDR en Boer & Chef, met Botmas als andere partij.

Aan de hand van de elementen van het conceptueel model worden de drie cases beschreven: kernactiviteiten en productaanbod, waardepropositie, wijze van samenwerking en betrokken partijen. Voor wat betreft EUDR en Boer & Chef vindt een ketenanalyse plaats aan de hand van het Mesh-Netwerk model (Jonker, 2020). Afgesloten wordt met een samenvatting van de gevonden resultaten vanuit het ketenperspectief.

7.3.1 Eten Uit De Regio (EUDR)

Kernactiviteiten en productaanbod

Eten Uit De Regio (EUDR) is een onderneming die regionale agrarische producenten van vlees, groente, aardappelen en zuivel en regionale zorginstellingen aan elkaar verbindt.

Figuur 7.1 Website van Eten Uit De Regio (juni 2024)



EUDR functioneert als een groothandel en platform in lokale, agrarische producten. EUDR koopt in bij een divers pallet aan voedselproducenten en -handelaren in de regio en verzorgt in de meeste gevallen de logistiek van de producten van de lokale leveranciers naar het Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA). Hierbij valt te denken aan melkveehouders, boerenwinkels en slagers, al dan niet biologisch.

Waardepropositie

De waardepropositie van EUDR wordt ingevuld aan de hand van 'hun' handelsmerk: eerlijk, vers en duurzaam.

- Eerlijk en transparant: het moet duidelijk zijn waar uit de regio de producten vandaan komen.
- Vers: door contracten met lokale agrarische ondernemers af te sluiten kan EUDR het beste voedsel vers aanbieden.
- Duurzaam: door een zo kort mogelijke keten met zo weinig mogelijk tussenstappen en transportbewegingen kan korter, sneller, minder kilometers en met minder uitstoot geleverd worden. (EUDR, november 2023)

Onderstaand is de meervoudige waardepropositie van EUDR beschreven aan de hand van de 4 B's en 3 W's.

4 B's:

1. Behoefte: Klant wil vers en lokaal eten
2. Belofte: "Eerlijk, vers en duurzaam"
3. Bewijs: Leveringscontracten met lokale agrarische ondernemers
4. Beleving: Klantbeleving (sociaal-economisch beter, leuker en creëert binding).

3 W's:

1. Meervoudige waarden: sociaal: vertrouwen, binding; economisch: marktprijzen en volume zijn de belangrijkste drivers in de keten, efficiency: keten zo kort mogelijk maken, procesbeheersing en -automatisering etc.; ecologisch: gezond eten, transport reduceren, minder uitstoot
2. Gedeelde waarden: eerlijk en transparant (ethisch zaken doen, eerlijke winstverdeling in de keten), duurzaam (regionaal, gezond, weinig uitstoot van CO₂)
3. Collectieve waarden: EUDR wil middels inzet van ICT het ketenproces inzichtelijk en toegankelijk maken om informatie te delen.

Wijze van samenwerking

EUDR biedt een hubfunctie voor regionale voedselproducenten en verzorgt via korte ketenkanalen de logistiek en distributie ten behoeve van zorginstellingen, zoals WZA. EUDR heeft langdurige samenwerkingen met leveranciers in de vorm van regelmatige afname van voedselproducten. De contacten zijn zakelijk en beperken zich tot afspraken over onderlinge handel en logistieke activiteiten.

Betrokken partijen

Betrokken partijen in het onderzoek zijn:

- Slagerij Hoff
- Zuivelboerderij 'De Waard'
- Boerenwinkel Vedelaar
- Weerribben Zuivel
- Wilhelmina Ziekenhuis Assen.

Hierna worden genoemde partijen kort beschreven. Met deze partijen zijn diepte-interviews gehouden om de aard van de bedrijven, de visie en missie, bedrijfsvoering (in termen van risico's, efficiency en kostenbesparingen, winst- en kostenverdeling, opbrengsten en kostenbesparingen) en andere zaken te inventariseren.

SLAGERIJ HOFF

Slagerij Hoff is een lokale slager en poelier gevestigd in Hardenberg. In de winkel worden allerlei vleesproducten aan de man gebracht. Hoff beschikt over een eigen slachterij en worstmakerij. Het slachten gebeurt in eigen beheer om zelf de kwaliteit te kunnen bepalen. De runderen worden voornamelijk bij de boeren uit de regio geselecteerd, zodat het transport kort duurt en de runderen niet teveel stress oplopen. De runderen zijn zogenaamde vleesrassen, dat wil zeggen dat de runderen speciaal gefokt worden voor hun vlees. Hoff levert al sinds de oprichting van EUDR, zo'n 5-6 jaar geleden, aan deze foodhub. EUDR bestelt twee keer per week producten, waarvan het proces voor Hoff vergelijkbaar is met het aannemen van bestellingen via de webshop. Twee tot drie dagen na het bestellen wordt de bestelling opgehaald.

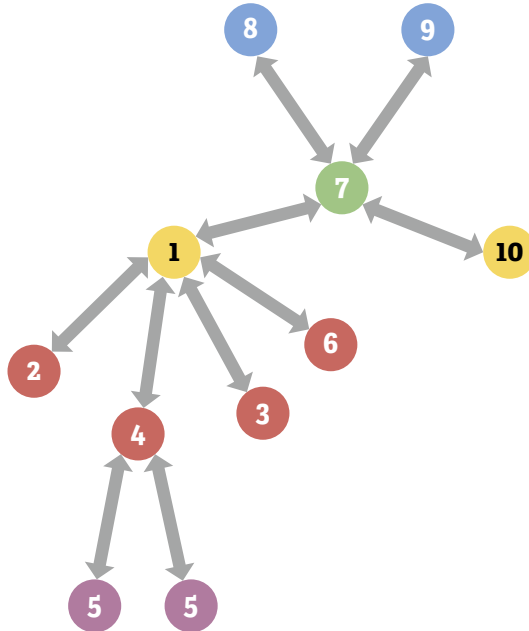
ZUIVELBOERDERIJ DE WAARD

De Waard is een zuivelbedrijf met ca. 120 koeien. Ze produceren per week zo'n 3000 liter melk en maken hun eigen zuivelproducten. In totaal gaat het om 23 producten die ze aanbieden aan ruim 30 winkels en 10 horecagelegenheden, welke ze in drie dagen produceren. Daarnaast gaat ongeveer 20-25 duizend liter melk naar Campina. Ook hebben ze een eigen winkel, die anderhalve dag per week open is. Ondertussen leveren ze ook al drie jaren aan EUDR, maar het gaat daarbij om kleine hoeveelheden.

BOERENWINKEL VEDELAAR

Boerenwinkel Vedelaar is een boerenwinkel met aardappelen uit eigen productie en een eigen snijderij van allerlei ingekochte verse groenten. Ook verkopen ze op kleine schaal zuivel en vlees. Ze verkopen in eigen winkel versproducten van verschillende bedrijven, waaronder Zuivelboerderij De Waard, VOF Groen Dedemsvaart en Willem Dijk AGF. EUDR haalt drie keer per week enkele kratten producten op, voornamelijk groenten.

Figuur 7.2 Keten van EUDR



WEERRIBBEN ZUIVEL

Dit zuivelbedrijf bestaat uit twee melkveebedrijven met zo'n 500 koeien. Melk wordt verwerkt in eigen fabriek, die naast één van de boerderijen staat. Het bedrijf is momenteel naar eigen zeggen de belangrijkste leverancier van biologische zuivelproducten in Nederland. Producten worden met name in Nederland afgezet, onder andere aan winkels als EkoPlaza. Dit geldt zeker voor dagverse producten, waarvan alleen kleine hoeveelheden naar België gaan. Boter wordt wel geëxporteerd naar andere landen. Weerribben levert nu zo'n 1,5 tot 2 jaar aan EUDR. Het gaat met name om kleine hoeveelheden zuivelproducten zoals kwark, melk en yoghurt.

WILHELMINA ZIEKENHUIS ASSEN

Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA) is een regioziekenhuis en ligt centraal in de provincie Drenthe. Het ziekenhuis telt 250 bedden en beschikt over verscheidene afdelingen en specialisaties. Er wordt nauw samengewerkt met huisartsen en andere

zorgverleners in de keten om de zorg goed en veilig te kunnen bieden. Het ziekenhuis staat bekend om het persoonlijke contact, de gemoedelijke sfeer en de goede bereikbaarheid.

Ketenanalyse

Betrokken stakeholders, op basis van het Mesh-netwerkmodel (Jonker, 2020)

- 1 EUDR**
Opereert als foodhub, heeft relaties met leveranciers en het WZA.
- 2 Slagerij Hoff**
Leverancier vlees aan EUDR en is daarmee onderdeel van het leveranciersnetwerk van de foodhub.
- 3 Zuivelboerderij De Waard**
Leverd zuivel aan EUDR en is daarmee onderdeel van het leveranciersnetwerk van de foodhub.
- 4 Boerenwinkel Vedelaar**
Leverd groenten aan EUDR en is daarmee onderdeel van het leveranciersnetwerk van de foodhub.
- 5 Leveranciers Vedelaar**
Leveren groenten aan Boerenwinkel Vedelaar.
- 6 Weerribben Zuivel**
Leverd zuivel aan EUDR en is daarmee onderdeel van het leveranciersnetwerk van de foodhub.
- 7 Ziekenhuizen - WZA**
Leveringen van EUDR.
- 8 Patiënten**
- 9 Werknemers**
- 10 Andere leveranciers WZA**
Leveren voedsel aan WZA

Conclusie

EUDR blijkt als tussenschakel in de keten te opereren. Er is geen sprake van een centrale verbindende rol als foodhub, waarbij EUDR tussen vraag en aanbod van voedsel in de korte keten zou zitten.

7.3.2 Boer & Chef

De tweede casus betreft Boer & Chef (B&C). Deze foodhub levert diverse voedingsproducten, onder andere aan het streekziekenhuis Tjongerschans. Met zowel B&C als Tjongerschans zijn diepte-interviews gehouden.

Kernactiviteiten en productaanbod

Boer & Chef biedt een “All-in-one-concept”, waarbij getracht wordt de volledige korte keten te beheren. Boer & Chef probeert hierbij controle uit te oefenen over de inkoop, productie, logistiek en verkoop van lokaal voedsel. Ze leveren maatwerk door inzet van hun eigen snijderij en door voedsel te verwerken tot kant-en-klare maaltijden.

B&C streeft ernaar een volledig aanbod van streekproducten met een oorsprong ten noorden van Zwolle te leveren. Ook leveren ze wanneer mogelijk producten afkomstig van regeneratieve, biologische of biodynamische landbouw. Met haar ongeveer 50 leveranciers kan B&C groenten en fruit heel, geschild, gesneden of panklaar leveren. Ook kunnen ze verschillende vruchtensappen en zuivelproducten leveren.

Waardepropositie

Boer & Chef staat voor de volgende waarden (zie ook figuur 7.2):

1. Authenticiteit: het verhaal van de “boeren en chefs” delen en versterken, oftewel storytelling.
2. Korte voedselketen: verse producten leveren uit de regio Noord-Nederland.
3. Eerlijke producten: een eerlijke prijs realiseren voor de aangesloten boeren en partners.
4. Transparantie: transparant zijn over de bedrijfsvoering en de herkomst van de producten.
5. Regeneratief: zoveel mogelijk regeneratief of biologisch geproduceerde producten opnemen (Boer & Chef, maart 2024).

Figuur 7.2 Website van Boer & Chef (juni 2024)



Verder geeft Boer & Chef op de website (kopje 'smaakvolle verbandingen') aan: "Wij geloven dat voeding veel meer is dan alleen de ingrediënten op het bord. Het gaat bij Boer & Chef om de herkomst, de smaakbeleving, de ecologische impact en de gezondheidswaarde. Wij streven ernaar om de meest betrouwbare en vernieuwende partner te zijn die ondernemers en chefs helpt om zich te onderscheiden met lokale, eerlijke en voedzame gerechten." (Boer & Chef, maart 2024)

Naast de hierboven genoemde waarden, is hieronder ook de meervoudige waardepropositie van Boer & Chef beschreven aan de hand van de 4 B's en 3 W's.

4 B's:

1. **Behoefte:** Klant wil vers, smaakvol eten uit de regio
2. **Belofte:** "verse, eerlijke producten die lokaal gemaakt zijn op een biologische of regeneratieve manier"
3. **Bewijs:** garantie van een breed scala van hoogwaardige streekproducten.
4. **Beleving:** smaakbeleving, voedzaam.

3 W's:

1. Meervoudige waarden: hoogwaardige producten, ecologische impact en gezondheidswaarde
2. Gedeelde waarden: eerlijk en transparant (ethisch zaken doen, eerlijke winstverdeling in de keten), duurzaam (regionaal, gezond, weinig uitstoot van CO₂)
3. Collectieve waarden: coöperatief model waarin boeren aan de basis staan.

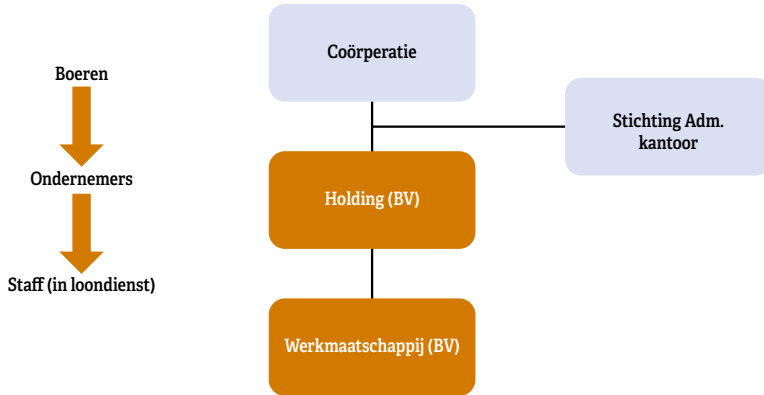
Wijze van samenwerking

Boer & Chef is in 2018 begonnen. In 2019 is de coöperatie opgezet om voor betrokken ketenpartijen als samenwerkingsvorm te dienen. Zo was de coöperatie in eerste instantie eigendom van boeren (leveranciers), maar ook van het ziekenhuis Nij Smellinghe. Het oorspronkelijke idee was om ook afnemers lid te maken van de coöperatie, maar nu zijn alleen leveranciers lid.

In dit coöperatieve model waren er problemen met de financiering. Ook was het model niet goed schaalbaar. Het eigenaarschap ontbrak bij financiers, waardoor zij niet bereid waren te investeren in coöperaties. Omdat de onderneming niet goed liep, is Boer & Chef in 2022 van organisatievorm veranderd. Dit stelt de organisatie in staat om sneller in te spelen op nieuwe ontwikkelingen en slagvaardiger te opereren. In de nieuwe vorm heeft de coöperatie winstrecht in de BV Boer & Chef. Het is de bedoeling dat bij een bepaalde schaalgrootte de mogelijkheid komt voor de coöperatie om aandelen terug te kopen, waardoor de BV weer in eigendom komt. Recentelijk heeft Boer & Chef een joint venture gesloten met een producent/verwerker van voedingsproducten. Door deze intensieve samenwerking is Boer & Chef in staat om snel producten van hoge kwaliteit te leveren en tegelijkertijd het totaalconcept c.q. productaanbod aan te passen aan de behoeften en wensen van de afnemers.

De huidige organisatiestructuur ziet er als volgt uit (zie figuur 7.3). Er is sprake van een werkmaatschappij, Boer & Chef BV, die onder een Holding valt, Lokaal Voedselgroep BV, met ondernemers (als BV of als persoon) en financiers. De Stichting Administratiekantoor splitst de winst- en stemrechten, waarin de coöperatie en andere financiers zitting hebben.

Figuur 7.3 Organisatie van Boer & Chef



Betrokken partijen

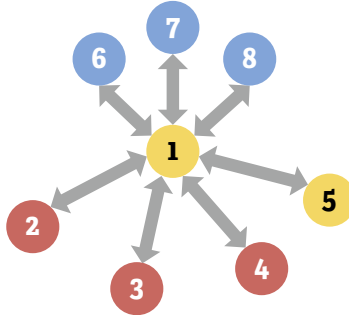
Tjongerschans is een regionaal ziekenhuis met een capaciteit van zo'n 220 bedden. Tjongerschans verleent medisch-specialistische zorg aan de regio Heerenveen (Friesland), maar richt zich ook op de provincies Overijssel ('Kop van Overijssel'), Groningen en Drenthe. Naast poliklinische zorg die gericht is op orthopedische hulp ten behoeve van de sportstad Heerenveen, wordt ook klinische zorg aangeboden aan patiënten. De poliklinische zorg bevat alle leeftijdsgroepen, van jong tot oud, terwijl de klinische zorg meer gericht is op de wat oudere patiëntengroepen (Bestuursverslag Tjongerschans, 2022)

Ketenanalyse

Betrokken stakeholders (zie figuur 7.4), op basis van het Mesh-netwerkmodel (Jonker, 2020)

- 1 Boer & Chef**
Opereert als foodhub, heeft relaties met leveranciers, afnemers en de snijderij.
- 2**
- 3**
- 4 Afnemers**
Waaronder Buurvrouw Durkje, Cranberry Terschelling BV, DAG (De Aanvullende Groothandel), EKO De Eerste, Firma de Hem, It Griene Strân, Jan Willem van der Koot,

Figuur 7.4 Betrokken stakeholders



Kromhoekster kip, Lekker Bros, Lyts Ropta, Oudebosch Fruit, Schulp, Van den Belt, Waddengeluk, Witlofkwekerij LOF, Zuivelboerderij Westerleane.

De ongeveer 50 lokale leveranciers, voornamelijk uit Friesland, Groningen, Drenthe en de kop van de Flevopolder, waarmee Boer & Chef werkt. Deze leveranciers leveren producten aan Boer & Chef, zoals omschreven onder productaanbod.

5 Boer & Chef Snijkeuken
Verwerkt producten die door 2-4 zijn aangeleverd voordat Boer & Chef het levert aan de afnemers (6-8)

6 7 8 Afnemers Boer & Chef
Waaronder Tjongerschans in Heerenveen.

Conclusie

Boer & Chef heeft een duidelijke spilfunctie in de keten. Daarmee vormt het een verbindende schakel tussen voedselproducenten en zorgaanbieders.

7.3.3 Botmas

De derde casus betreft Botmas. Botmas is in 2020 gestart als leverancier van aardappelen en groenten en levert onder meer aan Tjongerschans. Het bedrijf wil doorgroeien naar een foodhub, maar is dat nog niet en wordt in het onderzoek daarom beschouwd als een andere partij. Om deze reden is geen ketenanalyse uitgevoerd voor dit bedrijf.

Kernactiviteiten en productaanbod

Botmas bedrijft akkerbouw op biologische en regeneratieve wijze. Dat wil zeggen zonder bestrijdingsmiddelen en met oog voor de kwaliteit van de teelgrond. Dit wordt gedaan door middel van zogenaamde strokenteelt. Botmas teelt in stroken van 3 en 6 meter breed. De gewassen per strook wisselen telkens. Op deze wijze kunnen 40 gewassen verbouwd worden, waaronder aardappelen en groenten. Tegenwoordig hebben ze ook vleeskoeien, die weer gebruikt worden voor de bemesting.

Botmas heeft drie productcategorieën: vers; *ready to use* en *ready to eat*. Producten in de categorie 'Vers' komen zo van het land en worden alleen verpakt. 'Ready to use' is gewassen, geschild en gesneden, wat in eigen faciliteiten gebeurt. Ready to eat zijn maaltijden en soepen.

Botmas beschikt over een eigen snijderij voor verdere bewerking. Hierbij richt Botmas zich op het produceren van verwerkte producten, zoals soepen en sappen. Het assortiment van kant-en-klaar producten wordt uitgebreid, waarbij klanten ontzorgd kunnen worden.

Omdat Botmas niet alle producten zelf in beheer heeft om aan te bieden, werken ze ook met derden. Botmas functioneert naast leverancier dus ook in beperkte mate als foodhub.

Waardepropositie

De waardepropositie van Botmas komt voort uit de persoonlijke visie van Folkert Botma op het bedrijf en de manier van boeren (zie ook figuur 6.3). Bij hem gaat het vooral om de vrijheid om te doen waar zijn passie ligt: het boeren zoals hij wil. Over vijf tot tien jaar wil hij hierin nog steeds vrijheid hebben, waarnaast hij die mogelijkheid ook voor andere boeren wil creëren. Door deze samenwerking met andere boeren zal in de toekomst ook meer een verschuiving naar opereren als foodhub plaatsvinden. In het genoemde tijdsframe is het doel om zo'n tien tot twintig boeren aangesloten te hebben.

Figuur 7.5 Website van Botmas (juni 2024)



Deze visie wordt in de vorm van storytelling voor het voetlicht gebracht. Op de website vind je het verhaal van de boeren van Botmas dat bestaat uit pakkende teksten (“Wij geloven dat een revolutie in voeding nodig is. En die revolutie begint bij de landbouw.”) en video. (Botmas, februari 2024)

De meervoudige waarden van Botmas zijn als volgt te omschrijven aan de hand van de 4 B's en 3 W's.

4 B's:

1. **Behoeft:** Klant heeft gezond voedsel nodig.
2. **Belofte:** “Regeneratieve landbouw maakt gewassen sterker en de producten voedzamer en lekkerder”.
3. **Bewijs:** farm-to-order contracten. Dit zijn contracten waarin afspraken gemaakt worden om in de toekomst producten te kopen.
4. **Beleving:** smaakbeleving, voedzaamheid.

3 W's:

1. Meervoudige waarden: voedzame producten, ecologische impact (strokenteelt) en gezonde(re) gewassen.
2. Gedeelde waarden: regeneratieve landbouw is de toekomst.
3. Collectieve waarden: eerlijk en goed geld verdienen met een uniek product, samen met andere boeren.

Wijze van samenwerking

In de kern is Botmas een boerenbedrijf, dat zelf 80% van producten verbouwt die verkocht worden via het logistieke systeem. Bij deze verkoop gaat het voornamelijk om zogenoemde *farm-to-order* contracten. Dit zijn contracten waarin afspraken gemaakt worden om in de toekomst producten te kopen. Zo worden in februari 2024 contracten afgesloten voor de oogst van september 2024. Dit soort afspraken zijn gemaakt met bijna alle afnemers.

In sommige gevallen zijn dit harde afspraken, en in sommige gevallen zijn deze minder hard, maar de afnemers hebben hun toezegging gegeven. Ook sluit de praktijk aan op deze afspraken, waarbij klanten ook begrijpen dat de bestellingen gekoppeld zijn aan teelt, dus dat er niet van afgeweken kan worden.

Qua logistiek heeft Botmas ongeveer de helft in eigen hand. Naast het eigen logistieke systeem werkt het bedrijf samen met Distrivers, een dochteronderneming van HANOS. Ook wordt hierbij gebruikgemaakt van het bestelsysteem van Distrivers, want sommige klanten zijn daar totaalklanten. Door de samenwerking met Distrivers krijgt Botmas toegang tot nieuwe, grotere klanten, zonder dat extra distributiekosten gemaakt hoeven te worden. Zo hebben Distrivers en Botmas allebei voordeel, aangezien Distrivers vanuit Botmas producten kan leveren waartoe ze anders geen toegang zou hebben.

Betrokken partijen

Het belangrijkste afzetkanaal is momenteel de zorgsector. Botmas levert aan 14 zorginstellingen in het Noorden, waaronder Tjongerschans. Daarnaast levert Botmas ook aan mkb-bedrijven en scholen. Vanaf september wil Botmas aan 2000 kinderen een

gezonde maaltijd leveren. Het doel hierbij is om dit in 2025-2026 aan alle kinderen in Friesland te kunnen leveren. Daarnaast is er sprake van samenwerking met een aantal boeren, waarbij ongeveer 20% van de producten bij andere boeren vandaan komt.

7.3.4 Samenvatting resultaten vanuit een ketenperspectief

In deze paragraaf zijn aan de hand van het conceptueel model de volgende aspecten van de cases onderzocht: kernactiviteiten, productaanbod, waardepropositie, wijze van samenwerking, betrokken partijen en het 'ketenmodel'. In onderstaande tabel (tabel 7.3) zijn genoemde aspecten voor de drie bedrijven in kaart gebracht.

Tabel 7.3

Aspecten / Ketenpartijen	EUDR	Boer & Chef	Botmas
Kernactiviteiten	foodhub - tussenschakel	foodhub - All-in-one concept	Akkerbouwbedrijf - regeneratief
Productaanbod	Vlees, groente, aardappelen en zuivelproducten	Volledig aanbod van streekproducten	Aardappelen en groente Vers - ready to use - ready to eat
Waardepropositie	'Eerlijk, vers en duurzaam'	'Authentiek, eerlijk, transparant en regeneratief'	Regeneratieve landbouw
Wijze van samenwerking	Hubfunctie en langdurige samenwerking d.m.v. contractbeheer. Ontwikkeling van ICT-platform	Coöperatief model, joint-venture met producent/verwerker	Samenwerking met boeren; ketensamenwerking met grote handelspartijen d.m.v. farm-to-order contracten
Betrokken partijen	40-50 leveranciers; 8-9 groepen van partijen	Zo'n 50 leveranciers; 8 groepen van partijen	Zorgsector - scholen - bedrijven
'Ketenmodel'	'Tussenschakel in de keten'	'Spin in het web'	'Ultra-korte keten' (tussenhandel uitschakelen)

EUDR kan gezien worden als 'gewone' foodhub, terwijl Boer & Chef haar functie als foodhub invult door een totaalconcept aan te bieden. Daarmee probeert Boer & Chef meer marktmacht in de keten te bemachtigen teneinde schaalgrootte te creëren. Daartoe heeft Boer & Chef het roer in 2022 omgegooid door haar interne organisatie drastisch te wijzigen en strategische samenwerking aan te gaan met ketenpartners om ener-

zijds aan slagkracht te winnen en anderzijds aanpassingen te doen in het concept met als doel om de keten te veranderen. Dit wordt goed zichtbaar als gekeken wordt naar het aantal betrokken partijen en de functie binnen de keten. Boer & Chef is niet langer te zien als tussenschakel, maar is een 'spin in het web' en is van een relatief kleine speler uitgegroeid tot een marktpartij van formaat die relaties onderhoudt met tientallen leveranciers en afnemers. Het totaalconcept dat Boer & Chef thans kan bieden is niet alleen compleet, maar ook competitief en 'uniek' in de zin dat het productaanbod toegesneden is op de individuele klanten.

Botmas neemt in dit ketenperspectief een bijzondere plaats in. Botmas kiest ook voor strategische samenwerking met ketenpartijen, maar doet dit op eigen kracht en doet weinig concessies aan haar 'eigen', unieke karakter. Door slimme logistieke en organisatorische samenwerking met grote handelspartijen en een gezond, regeneratief productaanbod met keuze uit variëteiten is Botmas in staat om de rol van de tussenhandel grotendeels te elimineren.

Als we tenslotte kijken naar de waardepropositie van de drie bedrijven dan zien we dat elk een eigen waardepropositie heeft die recht doet aan de geleverde producten. Een gemeenschappelijk kenmerk van EUDR en Boer & Chef is 'eerlijkheid'; een eerlijke prijs voor de boeren. Boer & Chef en Botmas hebben gemeen dat ze in hun propositie bijdragen aan regeneratieve landbouw. Botmas heeft een relatief sterke waardepropositie en kan hierop de meeste positieve invloed uitoefenen omdat ze zelf producent is en bepaalt in hoeverre er natuurlijk en biologisch verbouwd wordt. Botmas gaat daarbij ook een commitment met de klant aan door een gezond product te bieden. EUDR ziet de samenwerking vooral in het aanbieden van een hubfunctie en het beschikbaar stellen van de gezamenlijke data en kennis om op die manier vraag en aanbod te sturen in de keten.

7.4 Monitoring leveringen foodhubs

Zoals eerder aan de orde is gekomen, is de monitoring met name gericht op duurzaamheidsaspecten. Voor de vastgestelde KPI's zijn data opgevraagd bij de drie bedrijven. Verder is met interviews kwalitatieve data verzameld over financiële indicatoren, zoals volume, omzet/kosten en winstmarges. Deze data zijn slechts indicatief, en dienen als een kwalitatieve onderbouwing van de onderzoeksgegevens.

Binnen de keten zijn productgroepen/producten geïdentificeerd waarover data zijn opgevraagd. In de paragraaf over leveringen van EUDR aan WZA worden de gemaakte keuzes gemotiveerd. Bij de opvolgende cases is de productselectie op dezelfde manier aangepakt en zijn alleen aanpassingen gedaan voor wat betreft de geleverde producten van de foodhub aan de zorginstelling. In de volgende subparagrafen worden de bevindingen en resultaten van de monitoring gepresenteerd.

7.4.1 Levering Eten Uit De Regio naar Wilhelmina Ziekenhuis Assen

De monitoring is in eerste instantie gericht op de leveringen van EUDR aan WZA. Eerst zijn productgroepen gekozen om het ketenonderzoek op te richten. Hierbij is gekeken naar het huidige productaanbod van EUDR en de afname daarvan door WZA. Er is gekozen voor de productgroepen zuivel, vlees en groente, omdat deze een groot deel uitmaken van de productstroom tussen de twee partijen.

Binnen deze productgroepen is gezocht naar specifieke producten en leveranciers. Hierbij is de keuze gemaakt voor kwark (productgroep zuivel), vleesproducten en groente. Ook is gekeken naar afvalstromen bij ketenpartijen, zoals Zuivelboerderij De Waard, Boerenwinkel Vedelaar en Slagerij Hoff.

In tabel 7.4 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 7.4

Prio	#	KPI's	Resultaat
1	10	Waste/ afval	
	10.1	Afval in voedsel (eindproduct)	16-17%
	10.2	Afval in grondstoffen	
	10.2.1	Afval kwark	15%
	10.2.2	Afval groente	Verwaarloosbaar
	10.2.3	Afval vlees	51%
	10.3	Afval verpakkingen	Verwaarloosbaar
2	12	Voedingswaarde	Geen data beschikbaar
3	15	Food miles product	244 km
4	18	Carbon footprint processing	Geen data beschikbaar

Data met betrekking tot voedingswaarde (KPI 12) en carbon footprint processing (KPI 18) konden niet worden gekwantificeerd wegens gebrek aan data. Food miles product (KPI 15) wordt meegenomen in de vergelijking met de andere cases. De overige data worden hierna kort besproken.

Afval in voedsel

WZA werkt met standaardmenu's waarbij een tweewekelijkse maaltijdcyclus wordt aangeboden voor variatie in de patiëntmaaltijden. De keuken bereidt het eten voor en serveert het uit aan patiënten, waarnaast het restaurant eten verzorgt voor personeel en bezoekers.

Met betrekking tot de KPI 'waste' kijken wij bij het WZA naar overtollig bereide maaltijden. Er wordt vanuit de keuken een inschatting gemaakt over hoeveel mensen welke soort maaltijden willen. Om mensen de keuze te geven tussen maaltijden is er eigenlijk altijd sprake van overproductie. Over de gemeten periode was er zo'n 16-17% overproductie. Gemiddeld bedraagt dit percentage zo'n 20%. Het streven is om dit terug te brengen naar 5% door invoering van een nieuw voedingsconcept in 2024.

Naast het verschil in bereide maaltijden tot bestelde maaltijden is er ook een planningsverschil met betrekking tot het ingekochte onbereide voedsel. Bij dit planningsverschil kan te veel gekochte voeding via andere stromen ingezet worden. Een voor-

beeld hiervan is het toevoegen van een maaltijdoptie in het personeelsrestaurant, waar makkelijker opties naartoe geschoven kunnen worden. Hierin is voeding aan patiënten meer rigide.

Afval in grondstoffen

ZUIVELBOERDERIJ DE WAARD

Met betrekking tot afval worden de volgende hoeveelheden genoemd. Per 150 liter kwark wordt ongeveer 20-25 liter wei geproduceerd als bijproduct. Er gaat dus zo'n 15% aan grondstof verloren, aangezien de hoeveelheden te klein zijn om dit efficiënt te verwerken.

BOERENWINKEL VEDELAAR

Er is sprake van een eigen snijderij en directe verkoop aan particulieren. Bij deze snijderij is uiteraard sprake van snijverlies. Afval van groenten gaat als voer naar de varkens. Producten die bijna over datum zijn worden in een kleine vriezer bewaard en vervolgens verkocht aan minder vermogende klanten.

SLAGERIJ HOFF

Wat betreft 'waste' gaat het ook bij Hoff om een schatting van het snijafval voor het soort vleeskoeien dat gebruikt wordt. Hoff geeft aan dat van een levende vleeskoe ongeveer 1/3 verloren gaat aan huid en maag-darmstelsel. Vervolgens gaat er nog 15 tot 20% bot uit. Het cumulatieve percentage ligt daarmee op 51%. Bij melkvee moet aan andere percentages gedacht worden, aangezien het maag-darmstelsel groter is, waardoor er procentueel minder vlees overblijft.

Afval in verpakkingen

ZUIVELBOERDERIJ DE WAARD

Bij het bedrijf is weinig sprake van afval van verpakkingsmateriaal, aangezien er flessen ingekocht en weer verkocht worden (zonder statiegeld). Om de pallet flessen zit alleen een kleine hoeveelheid plastic die verloren gaat.

EUDR

EUDR levert haar producten aan WZA in 10 liter verpakkingen voor kwark en vergelijkbare verpakkingen voor vlees. Deze worden in kratten geleverd, waarna de kratten weer mee terug gaan. Er is dus geen sprake van verpakkingsafval.

Overige kwalitatieve data

Duurzame inkoop

WZA koopt haar eigen voedsel in, waar dus geen cateraar tussen hoeft te zitten. Er is sprake van een langdurig contract met de hoofdleverancier. Bij grotere afname wordt door deze leverancier korting geboden, wat klanten aanmoedigt om een groot deel van hun afname bij één leverancier te houden. In de vastgelegde bestelhoeveelheden is enige ruimte gehouden voor flexibiliteit. Op deze manier kan gestuurd worden op regionaal en anderszins duurzaam inkopen wanneer de hoofdleverancier dit niet aan kan bieden. Voedingswaarde is van belang, waarbij met name naar het eiwitgehalte gekeken wordt. De lokale zuivelproducten die EUDR via haar kanalen levert, staan bekend om hun hoge eiwitgehalte.

Volume

Het aandeel van EUDR in de totale inkoop van duurzaam voedsel van WZA is in de meetperiode (2023) relatief beperkt. In het eerste kwartaal van 2023 ging het om 7,1% en in het tweede kwartaal is dit percentage gedaald naar 3,7%. Ook in euro's is in het tweede kwartaal sprake van ongeveer een halvering van de inkopen van EUDR aan WZA; de inkoopwaarde van EUDR in het tweede kwartaal was ongeveer 53% ten opzichte van het eerste kwartaal. In het tweede kwartaal van 2023 zijn door WZA alleen groenten en vlees afgenomen bij EUDR. De verhouding tussen deze productgroepen bedraagt ongeveer 40-60; 40% aan groenten en 60% vlees.

Marges

EUDR rekent met een marge van ongeveer 35% van de inkoopprijs in de leveringen aan WZA.

7.4.2 Levering Boer & Chef aan Tjongerschans

Boer & Chef levert diverse soorten groente, fruit en rauwkost aan Tjongerschans. Hiervan zijn zoveel mogelijk dezelfde data opgevraagd als bij EUDR om een vergelijking mogelijk te maken. Helaas konden zeer weinig gegevens worden opgeleverd. Zie tabel 7.5.

Tabel 7.5 Metingen KPI's bij Boer & Chef

Prio	#	KPI's	Resultaat
1	10	Waste/ afval	
	10.1	Afval in voedsel (eindproduct)	Verwaarloosbaar
	10.2	Afval in grondstoffen	
	10.2.2	Afval groente (incl. sla)	11%
	10.2.4	Afval fruit	nvt
	10.2.5	Afval rauwkost	nvt
	10.3	Afval verpakkingen	Geen data beschikbaar
2	12	Voedingswaarde	Geen data beschikbaar
3	15	Food miles product	24,8 km
4	18	Carbon footprint processing	Geen data beschikbaar

Afval in voedsel

Tjongerschans heeft geen eigen productiekeuken, maar koopt volledige maaltijden in, die klaargemaakt worden volgens een vaste procedure: portioneren – regenereren - serveren. Dit gaat als volgt: Eerst worden de ingrediënten verdeeld op basis van de gemaakte keuzes van patiënten (portioneren); vervolgens worden de maaltijden snel verwarmd (regenereren) en daarna klaargezet en warm gehouden in karren om geserveerd te worden (verdelen). De maaltijden kennen een cyclus van 3 weken. Er wordt gewerkt met een zogenaamd A-menu, bestaande uit koelverse producten (zo'n 80-85% van de geserveerde maaltijden) en een "Zelf samenstellen menu" (foodbank) met een combinatie van diepvries (85%) en koelvers componenten (15%) waar patiënten hun eigen menu kunnen samenstellen. Porties kunnen verkregen worden in klein (0,5), standaard (1) en groot (1,5). Ingrediënten die overblijven, worden zo veel mogelijk bewaard en in een andere maaltijd geserveerd. Door dit voedingsconcept is er nauwelijks sprake van afval, dat om die reden niet wordt gemeten.

Afval in grondstoffen

Boer & Chef geeft aan dat het afvalpercentage van groente 11% is. Het snijverlies varieert tussen de 5 – 40%. Bij sla gaat 5% verloren, terwijl dit bij broccoli maar liefst 40% is. Snijverlies van rauwkost en fruit is niet van toepassing.

Afval verpakkingen

Het fruit wordt in herbruikbare plastic kratten aangeleverd. Rauwkost en groente wordt in plastic verpakt. Hierbij is dus sprake van afval, alleen zijn hiervan geen data beschikbaar.

Overige kwalitatieve data:

Duurzame inkoop

Tjongerschans koopt de meeste kant-en-klaar maaltijden in bij groothandelsbedrijf Bidfood. Tussen beide partijen zijn langjarige contracten afgesloten. Botmas is sinds twee jaar leverancier en levert ook volledige maaltijden. Op donderdag is het 'Botmasdag' en wordt er een lokaal, biologisch menu geserveerd. Tjongerschans besteedt veel aandacht aan gastvrijheid en presentatie van haar voeding. De gemiddelde ligtijd is kort en patiënten krijgen kwalitatief hoogwaardige voeding aangeboden. De klanttevredenheid wordt dagelijks gemeten en is hoog: patiënten waarderen het eten met een ruime 8. Er wordt niet gestuurd op duurzame inkoop, maar lokaal eten wint langzaam terrein door de goede ervaringen die zijn opgedaan met Botmas en Boer & Chef. Bij de voedingswaarde staat het lage zoutgehalte van aardappelen van Botmas bekend, waardoor minder toevoegingen nodig zijn zoals zout en specerijen die het eten duurzamer maken.

Volume

Volgens Boer & Chef zijn de prijzen van de korte keten op dit moment onvoldoende concurrerend met de lange keten. Probleem hierbij is het gebrek aan volume om daarmee lagere prijzen te bewerkstelligen. Het prijsverschil hangt namelijk sterk af van de grootte van de afname. Zo is het prijsverschil tussen een halve of 1 pallet zo'n 30%, tussen 1 – 2 pallets ongeveer 10%, en tussen 2 – 3 pallets zo'n 5%. De strijd om de bepaling van een

redelijke prijs is lastig omdat de gevestigde groothandels nog steeds de marktprijs (grotendeels) bepalen. Een bijkomend probleem hierbij is dat Boer & Chef in haar aanbod gebruik maakt van bio-producten, die duurder zijn dan andere producten.

Omzet en kosten

De omzet is in 2023 verdriedubbeld ten opzichte van het jaar daarvoor en de kosten zijn aanzienlijk lager doordat een efficiëncyslag is gemaakt en overtollig personeel is afgevoerd. Voor 2024 wordt voor het eerst winst verwacht. De verwachte omzetstijging is 200% per jaar voor de komende drie jaar.

Marges

Brutowinstmarges van de producten schommelen sterk en lijken soms boven de 100% te liggen. Dit zegt echter weinig over de nettowinst onder de streep, omdat de overhead van het bedrijf hoog is.

7.4.3 Levering Botmas aan Tjongerschans

Voor Botmas zijn de KPI's in tabel 7.6 weergegeven.

Tabel 7.6 Metingen KPI's Botmas

Prio	#	KPI's	Resultaat
1	10	Waste/ afval	
	10.1	Afval in voedsel (eindproduct)	nihil
	10.2	Afval in grondstoffen	
	10.2.2	Afval groente	19,5%
	10.2.6	Afval aardappelen	43%
	10.3	Afval verpakkingen	Nihil
2	12	Voedingswaarde	Geen data beschikbaar
3	15	Food miles product	51 km
4	18	Carbon footprint processing	Geen data beschikbaar

Afval in voedsel

Botmas levert naast complete maaltijden ook de ingrediënten pasta, vlees en jus/saus aan Tjongerschans. Hiervan wordt het afval niet berekend, waarbij zoals eerder opgemerkt het afval verwaarloosbaar is.

Afval in grondstoffen

Afval van groente is volgens de gegevens van Botmas 19,5%. Bij afval van aardappelen ligt dit met 43% beduidend hoger. In het geval van sommige producten is nog sprake van een leercurve in het snijden, waarnaast soms volume opgebouwd moet worden voor efficiënte inzet van machines.

Afval verpakkingen

Ook bij Botmas wordt duurzaam omgegaan met verpakkingen en is het betreffende afval verwaarloosbaar.

Overige kwalitatieve data:

Omzet

Van de drie productcategorieën is de omzetverdeling als volgt: vers circa 5%, ready to use 70% en ready to eat 25%. De omzet kent een stijgend verloop, zowel door grotere volumes als een betere efficiëntie in de verwerking.

Marges

De marges van Botmas zijn ten opzichte van EUDR en Boer & Chef relatief hoog en stabiel. Om de gewenste marges te hanteren is het belangrijk om tussenhandel te vermijden. Het product is vanaf zaadje al van Botmas. Er wordt verder een interne tussenprijs tussen het boerendeel en de 'groothandel' gehanteerd. Zo wordt gericht op een gezond verdienmodel, wat tegelijkertijd voorspelbaar is, en waarbij sprake is van een gezonde cashflow.

7.4.4 Conclusies monitoring-onderzoek

Uit de monitoring wordt duidelijk dat qua financiële prestaties de korte keten te maken heeft met volume- en prijsissues. Zorginstellingen hebben vaste, langlopende contracten met groot-handels, waardoor er weinig volume / omzet overblijft voor de foodhubs.

Niet-financiële prestaties zijn moeilijk meetbaar en daardoor ook niet goed te vergelijken. Afval van voedsel hangt sterk af van het voedingsconcept dat zorginstellingen hanteren. Afval van grondstoffen varieert per product, en zijn voor vlees en aardappelen behoorlijk hoog. Bij afval van groente zijn behoorlijke verschillen aanwezig tussen de cases, variërend van 11 – 19,5%. Hier lijkt efficiencywinst te behalen. Food miles product geeft eveneens grote verschillen tussen de verschillende cases; van 24,8 km tot 244 km. Regionaal blijkt een rekbaar begrip te zijn.

Alle drie bedrijven gaan duurzaam om met afval van verpakkingen. Afvalpercentages zijn hier zeer beperkt. Dit in tegenstelling tot de groothandel (lange keten) waarbij gewerkt wordt met grootverpakkingen voor het vervoer en opslag van bulkproducten. Deze verpakkingen zijn vaak van karton of plastic, wat niet duurzaam is. Een korte keten is qua verpakkingen dus duurzamer dan een lange keten.

Voedingswaarde wordt van belang geacht, maar het duurzame karakter gaat ook vaak gepaard met een hoger prijskaartje, wat een concurrentienadeel oplevert en volumeverhoging in de weg staat.

In termen van handel/verkoop aan zorginstellingen lijken Boer & Chef en Botmas de beste resultaten te boeken. Door samenwerking en ketenintegratie oefenen beide bedrijven invloed uit op het productaanbod. Daarmee kunnen ze ziekenhuizen accommoderen in de levering van verse, kant-en-klare producten voor het aanbieden van meer geïndividualiseerde voedingsconcepten voor de patiënt waarin een toename in gezond c.q. plantaardig en regionaal eten een belangrijk trend vormt. Indicatief is dat zowel het volume als de omzet van beide bedrijven een positieve groei laten zien. Deze resultaten ondersteunen het in de literatuur beschreven coöperatieve model als alternatief organisatie-model van het marktmechanisme. “Hierin staat samenwerking centraal, waarbij door onderlinge samenwerking betere, innovatievere producten en diensten kunnen worden ontwikkeld en aangeboden.” (Foorthuis et al., 2019).

7.5 Conclusies

De belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk zijn de volgende.

1. Functioneren foodhubs in de keten:
 - Bij regionale zorginstellingen is een trend te constateren naar meer duurzame voedingsconcepten, waarvoor foodhubs maatwerk kunnen bieden door de voordelen van de korte keten in te zetten, zoals snel kunnen schakelen in productaanbod en leveringstermijn.
 - Het onderzoek toont aan dat bij de samenwerking van foodhubs verschillende 'ketenmodellen' worden gebruikt. Van foodhubs als tussenschakel, tot de ultrakorte keten waarbij ketensamenwerking en -integratie plaatsvindt en schakels zo veel mogelijk geëlimineerd worden.
 - De cases laten zien dat collectieve samenwerkingsvormen zoals het coöperatieve model en strategieën gericht op ketensamenwerking en -integratie tot productontwikkeling en keteninnovatie kunnen leiden, waardoor een betere match tussen vraag en aanbod gerealiseerd kan worden.
 - Het coöperatieve model voldoet in de basis aan belangrijke collectieve waarden als eerlijke prijzen en transparante handel, maar kent ook beperkingen. Deze beperkingen zijn met name te vinden in de startup fase wanneer eigenaarschap en slagvaardigheid vereist zijn. Er zijn alternatieve bestuursmodellen ontwikkeld die hiervoor oplossingen kunnen bieden.
 - De foodhubs hebben een duidelijke waardepropositie die helder gecommuniceerd en recht doet aan het productaanbod. Duurzaamheid wordt daarbij vertaald naar eerlijke handel en prijzen, transparantie en regeneratieve landbouw. Dit zijn belangrijke collectieve waarden in de korte keten.
2. Monitoringonderzoek:
 - Meting van meervoudige waarden is noodzakelijk om de meerwaarde van foodhubs in de keten zichtbaar te maken.
 - Door gebrek aan beschikbare data is meervoudige waardemeting op dit moment niet volledig mogelijk. Een dash-

board is ontwikkeld dat gebruikt kan worden voor meting van meervoudige waarden. Ketenpartijen kunnen dit gebruiken en datapunten en meetinstrumenten inrichten, waardoor hun toegevoegde waarde beter zichtbaar kan worden gemaakt. Dit levert een bijdrage aan een betere concurrentiepositie ten opzichte van de lange keten.

- Qua financiële prestaties heeft de korte keten te maken met prijs- en volume issues. Zorginstellingen hebben vaste, langlopende contracten met groothandels en werken met strakke budgetten, waardoor er weinig speelruimte is voor foodhubs om volume te creëren.
- Brutomarges variëren sterk tussen cases. Naast seizoens- en marktfactoren zijn marges ook afhankelijk van schaalgrootte en marktinvoer.
- Voedingswaarde wordt door zorginstellingen van belang geacht, maar is als KPI nog niet meetbaar. Door voedingswaarde als KPI (macronutriënten) inzichtelijk te maken, kan de meerwaarde van gezond, regionaal voedsel meegenomen worden in prijsbeslissingen.
- De leveranciers van Tjongerschans (Botmas en Boer en Chef) hebben de processen geprofessionaliseerd waardoor er een grotere tevredenheid bij de zorgorganisatie ontstaat.

Meer algemeen lijkt te gelden dat:

- Kortere en flexibelere ketens grotere marges voor foodhubs bieden, wat voor een eerlijkere compensatie van toegevoegde waarde zorgt; en;
- Sterkere waardeproposities bieden foodhubs meer prijszettingsvermogen, wat voor een eerlijkere winstverdeling in de keten zorgt.
- De evaluatie toont ook aan dat huidige contracten vaak nog een drempel vormen die moeilijk te overkomen is. Het volledig overschakelen naar foodhubs draagt risico met zich mee, waar de traditionele keten meer zekerheid biedt.

8

Ervaringen in de praktijk

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de kwalitatieve ervaringen samengevat van het 'action research' deel van dit project: onderzoekers hebben 'meegedaan' in processen van leveringen en 'observaties' gedaan. De cases waarin is geparticipeerd betreffen:

- Levering door Botmas aan ZINN
- Levering door Boer en Chef aan ZINN
- Levering door Eten Uit De Regio aan Wilhelmina Ziekenhuis.
- Mogelijke levering door Eten Uit De Regio aan Martini Ziekenhuis

We volgen in het vervolg van dit hoofdstuk het marketingmodel uit figuur 2.1

8.2 Waardepropositie

Voor alle foodhubs in het onderzoek bestaat de waardepropositie uit: lokaal, gezond en duurzaam. Zowel de aanbieders als de afnemers in de korte keten zijn van mening dat lokaal, duurzaam en daarover transparant zijn belangrijke voorwaarden zijn voor succes van de korte keten. Met betrekking tot lokaal hanteren de verschillende partijen echter verschillende definities. Voor de ene partij is lokaal de provincie, voor de ander is dat Noord Nederland incl. Noord Duitsland en voor weer een ander geldt Nederland als geheel als lokaal. Dit hoeft geen probleem te zijn zo lang de herkomst maar duidelijk is aangegeven en de herkomst afkomstig is van regeneratieve landbouw.

Wat betreft het element duurzaam zijn zowel de afnemers als de aanbieders van mening dat de producten niet bij uitstek biologisch hoeven te zijn. Producten van regeneratieve landbouw

zijn echter wel weer een voorwaarde. Een goede voedingswaarde en het regeneratief bewerken van de grond en daarover transparant zijn moet voorop staan. Regeneratief wil zeggen landbouw zonder bestrijdingsmiddelen en met oog voor de kwaliteit van de teelgrond. De vraag is wel in hoeverre visie en waarden binnen de korte keten gedeeld moeten worden en wat de bandbreedte daarvan moet zijn. Voor het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen (WZA) bijvoorbeeld is duurzaamheid en betrokkenheid bij de eigen regio de belangrijkste reden om lokaal voedsel te kopen, niet gezondheid. Hetzelfde geldt voor het Martini Ziekenhuis in Groningen. Voor ziekenhuizen in het algemeen geldt dat de claim gezond, daar waar het lokaal voedsel betreft, niet hard te maken is. Dit komt doordat mensen relatief kort in een ziekenhuis zijn. Bij ZINN als zorginstelling in de provincie Groningen ligt dit weer anders. Daar zijn permanente bewoners en is de voedingswaarde wel weer van belang.

Partijen zijn het erover eens dat een foodhub meer moet meer zijn dan alleen een leverancier. De foodhub moet meedenken met de klant en oplossingen bieden. Voor de afnemers moet er via de foodhub toegang zijn tot alle lokale producten die beschikbaar zijn, zodat het hele jaar door duurzame en gezonde (seizoens-)producten voor de bereiding van maaltijden kan worden aangeboden. Bijvoorbeeld door een oogstkalender aan te bieden die direct inzicht biedt in het lokale aanbod voor de komende seizoenen. Voorwaarde om dit te laten slagen is echter wel dat zowel de aanbieder als de afnemer op basis van vertrouwen en een goede datatechniek nauw met elkaar samenwerken. In de praktijk blijkt dit echter moeilijk te realiseren doordat foodhubs op dit punt vaak nog een stap te maken hebben.

8.3 Product

Qua product is er veel diversiteit tussen de foodhubs. Ondanks dat de waardepropositie veelal overeenkomt zijn er wel degelijk grote verschillen in het productaanbod van de foodhubs uit het onderzoek. Zo levert Bio Noord alleen biologische producten en leveren de andere foodhubs producten uit de regeneratieve landbouw. Zowel Eten uit de Regio (EUDR), Boer & Chef (B&C) en Botmas doen dit.

EUDR levert producten uit de regionale landbouw uit de regio aan kleinere zorginstellingen en WZA. Huidige praktijk bij EUDR is dat ze menu's maken op basis van het huidige aanbod wat verbouwd wordt. 80% van het aanbod blijkt in de praktijk wel goed af te stemmen met de vraag, slechts 20% is moeilijker in te vullen. EUDR levert zowel aardappelen, groenten en fruit (AGF) als vlees en zuivel. Ook leveren ze maaltijden. EUDR wil ook matchmaker zijn op het gebied van de verwerking. EUDR werkt met 40 à 50 leveranciers, waarbij de hoeveelheid en de verpakkingen afgestemd zijn op de klantvraag. De huidige organisatie bemiddelt alleen maar. WZA gaf wel aan dat de producten die EUDR levert kwalitatief wel heel goed zijn.

De core business van B&C is AGF. Naast het beleveren van ziekenhuizen Nij Smellinghe in Drachten en Tjongerschans in Heerenveen, levert B&C ook aan de horeca. Op dit moment komt 80% van hun omzet daar ook vandaan. De strategie van B&C is dan ook om de omzet bij instellingen te vergroten. Ze richten zich daarom met name op de zorg, vanwege de grote volumes en de afnamezekerheid. Zonder grote volumes en afnamezekerheid kan een foodhub niet overleven, althans niet zonder subsidies. B&C levert alleen AGF aan het Martini ziekenhuis, het gaat daarbij om het restaurant en niet om patiëntenzorg. B & C heeft een eigen snijderij die voldoet aan de HCCP eisen. Ook levert B & C halffabricaten en maaltijden. Dit in samenwerking met een derde partij Saucier. Dat dit heel goed werkt is bewezen door B&C gedurende een experiment met ZINN in januari 2024.

Botmas doet zelf op regeneratieve wijze akkerbouw. Ze doen dat door middel van de zogenaamde strokenteelt. Ze telen in stroken van 3 en 6 meter breed. De gewassen per strook wisselen telkens. Op deze wijze kunnen ze 30 gewassen verbouwen. Tegenwoordig hebben ze ook vleeskoeien, die worden weer gebruikt voor de bemesting. Om een zo breed mogelijk palet te bieden en grotere volumes heeft Botmas ook boeren die aan hen leveren. Botmas is dus feitelijk zowel producent als foodhub.

Ze hebben drie productcategorieën: vers, ready to use en ready to eat. Vers komt zo van het land en wordt alleen verpakt. Ready to use is gewassen, geschild en gesneden. Dat doen ze zelf, daar hebben ze hun eigen snijderij voor. Ready to eat, zijn maaltijden en soepen. Omdat ze niet alles zelf hebben om aan te bieden, werken ze ook met derden. Zij zijn dus naast leverancier dus ook foodhub. Als foodhub opereert Botmas op dezelfde wijze als EUDR. De omzetverdeling van Botmas is vers circa 5 %, ready to use 70% en ready to eat 25%.

Botmas distribueert via Distrivers en heeft dus geen eigen distributie. Partijen die van Botmas afnemen, zoals ZINN en WZA krijgt ook de factuur van Distrivers. Nadeel van deze vorm is dat toch er een partij tussen de leverancier en afnemer zit. Waardoor de keten toch weer iets langer wordt. Het grote voordeel is dat de transportkosten lager zijn.

8.4 Prijs

De prijs is in de praktijk nog steeds een groot issue. Dit is ook de voornaamste reden dat het Martini ziekenhuis uiteindelijk heeft besloten af te zien van kwark uit de regio. Het verschil tussen hun traditionele leverancier en EUDR bleek te groot. Volgens het Martini ziekenhuis was het verschil op jaarbasis meer dan dertigduizend euro. Daarbij speelt ook dat voedsel in de meeste ziekenhuizen toch een sluitpost is, waar vaak als eerste op wordt bezuinigd. Zo stonden de budgetten in 2023 zo zwaar onder druk dat bij hun leverancier Vitam het deel lokale voeding moest worden teruggeschroefd voor de rest van dit jaar, anders zou het budget overschreden worden. Voor patiëntenvoeding geldt feitelijk hetzelfde. Volgens het Martini ziekenhuis zou dit eigenlijk niet moeten, maar het is wel de praktijk. Ook via WZA is gemeld dat de prijsverschillen nog steeds groot zijn. Zo zijn de aardappelen van Botmas vier tot zes keer zo duur als bij Distrivers. Hetzelfde geldt overigens ook voor de zuivel van EUDR.

Foodhubs zelf geven aan dat het lastig is om vlees rendabel te krijgen. Tegenover de normale prijzen zal lokaal vlees gemiddeld tussen de 10 en 15% hoger liggen. WZA geeft aan dat de afweging lokaal en (veel) duurder versus beter voor de duur-

zaamheid daarom feitelijk iedere keer per product gemaakt wordt. De volumes zijn daarbij nog relatief klein.

Volgens B&C is prijs minder een issue wanneer vraag en aanbod goed op elkaar is afgestemd en er ketenintegratie plaatsvindt. Dus snijden en (voor)bereiden in één hand. B & C heeft aangegeven binnen de gegeven budgetten van zorgaanbieders te kunnen leveren. Dit komt echter maar langzaam van de grond en heeft weer te maken met gebrek aan persoonlijke contacten.

Voor de afnemers gaat het niet alleen om de prijs die men moet betalen, maar ook om prijsstabiliteit en inzicht in de prijsopbouw. Uit gesprekken blijkt dat er qua prijs sprake is van een kip-ei situatie. Zolang het om kleine volumes en zonder afname garanties gaat, kan de prijs niet lager. Maar omdat de prijs relatief hoog blijft worden er geen lange termijn afspraken gemaakt.

8.5 Plaats en logistiek

Leverbetrouwbaarheid en leveringszekerheid zijn naast de prijs erg belangrijk voor ziekenhuizen en zorginstellingen. Leveringsbetrouwbaarheid is belangrijk voor de gegarandeerde voedselvoorziening in ziekenhuizen en zorginstellingen. Daarbij gaat het er ook om hoe er geleverd wordt. Bijv. aardappelen moeten voorverpakt en geschild zijn. Werkprocessen moeten daarop zijn ingericht. Ook het aantal leveringen is belangrijk, één keer per dag of juist één keer in de week.

Voor die leverbetrouwbaarheid is schaalgrootte nodig. De Hubfunctie cq. groothandelsfunctie is juist nodig om die schaalgrootte te kunnen realiseren. Dit betekent seizoen groente gebruiken, afstemming tussen leverancier en afnemer over wat er mogelijk en inzichtelijk van die vraag op productie (mogelijkheden), zoals gebeurt is bij het experiment B&C - ZINN. Praktijk is echter dat de schaalgrootte aan de foodhubzijde nog steeds te gering is om die leveringszekerheid te garanderen. Aan de andere kant willen juist de leveranciers van de foodhubs, de boeren, afname zekerheid zodat ze weten wat ze in de grond moeten stoppen. Feitelijk is ook hier sprake van een kip-ei situatie.

Een goed werkende oplossing voor distributie wordt als voorwaarde gezien om een korte keten goed werkend te krijgen, welke rekening houdt met de beperkingen van het ziekenhuis. Deze zijn: geen (grote) voorraad mogelijkheden, JIT (just in time delivery), levergarantie en maximaal 1 vrachtauto per dag. ICT is daarbij erg belangrijk: een systeem voor bestellingen, afstemming vraag en aanbod, verdeling tussen de deelnemers, transport, wat is waar (track & trace). Echter doordat de schaalgrootte moeilijk van de grond komt is het voor foodhubs vaak moeilijk om verder te professionaliseren.

Zo is bijvoorbeeld professionaliteit en leverzekerheid bij EUDR nog steeds wel een issue voor het WZA. Voor WZA is EUDR op dit moment slechts één van de leveranciers als het om lokaal voedsel gaat. Ze werken ook samen met andere lokale leveranciers, zoals Janssen te Assen, voor de eieren. De Anloër Kudde voor vlees en (vanuit Drentse Aa) zuivel. Ook krijgen ze groenten van Botmas, dit weer via Distrivers. WZA wil wel de samenwerking met EUDR in principe uitbreiden maar dan moet er wel wat verbeteren op de genoemde vlakken. Zolang dat niet gebeurt, kopen ze in bij verschillende partijen.

Een ander punt is de schaal van de operaties van de foodhubs, deze zijn veelal erg kwetsbaar voor marktveranderingen. Door de afhankelijkheid van slechts enkele afnemers is het afbreukrisico erg groot. B & C probeert dit risico te ondervangen door te leveren aan de horeca.

Voedselveiligheid is voor ziekenhuizen en zorginstellingen een eis. Dit betekent dat leveranciers moeten voldoen aan de eisen en normen van HACCP. Verder moeten leveranciers hun labels voorzien van informatie waarbij de duurzaamheid, veiligheid en voedingswaarde zichtbaar zijn. Deze informatie moet ook aantoonbaar en verifieerbaar zijn. Dit vergt ook de nodige investeringen en dus een minimale schaalgrootte.

8.6 Communicatie en marketing

De ervaring van leveranciers is dat er een grote mate van onbekendheid is bij ziekenhuizen en zorginstellingen als het gaat om lokaal voedsel. De vraag moet daarbij zijn hoe dat komt. Uit

de ervaringen van ons project blijkt dat acquisitie en relatieonderhoud bij foodhubs niet tot de basisactiviteiten behoren. Aangezien we hier spreken over een b-to-b markt is acquisitie, en vooral relatieonderhoud toch van het allergrootste belang. Het gaat dan vooral over persoonlijke contacten.

Praktisch alle aan het project deelnemende foodhubs, met uitzondering van Botmas, ontberen de juiste contacten op beslis-sersniveau, zowel bij de ziekenhuizen als bij de zorginstellingen. Vertrouwen en transparantie in de keten is essentieel om van de korte keten een succes van te maken. Dat moet in eerste instantie gebeuren door het benutten van de juiste persoonlijke contacten. Dat gebeurt nog steeds te weinig.

Marketing is daarbij ook erg belangrijk. Foodhubs moeten toegevoegde waarde verkopen. Alle partijen zijn het erover eens dat als het enkel om de prijs gaat, het niet gaat lukken. Communicatie inzake die toegevoegde waarde moet gedaan worden naar alle stakeholders, instellingen en eindconsument. Wat de toegevoegde waarde is verschilt dat weer per foodhub. Iedere partij legt andere accenten. Zo gaat EUDR voor eerlijk, vers en duurzaam. Botmas stelt de bodem centraal, met van gezonde grond komt gezond voedsel. B&C legt weer het accent op regionaal en minder op duurzaam met smaakvol en regionaal. B&C en Botmas proberen daarbij aan merkbouw te doen. Dit helpt zeker om de relatieve onbekendheid met lokaal voedsel te doorbreken bij de inkopende partijen.

Maar in de praktijk blijkt toch dat vertrouwen in eerste instantie gebaseerd is op persoonlijke contacten. Zonder de juiste persoonlijke contacten op elk beslissingsniveau is het erg moeilijk om tot samenwerking te komen in een korte keten.

8.7 Ervaringen van inkopers

Tot slot van dit hoofdstuk geven we de resultaten weer van interviews die we gehouden hebben met de inkopers van de zorginstellingen die mee hebben gedaan in het kader van de analyses uit dit en het vorige hoofdstuk.

Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen vond dat de leveringen over het algemeen goed verliepen. Specifiek was men vooral tevreden over de kwaliteit, zeker dat van vlees.

Maar er zijn ook punten ter verbetering. Zo vond men de biologische zuivel van Weerribben Zuivel die EUDR kon leveren nogal duur en daarmee niet aantrekkelijk genoeg ten opzichte van alternatieve producten zoals weidemelk. Verder waren verbeteringen mogelijk in de leveringen. Die deed EUDR alleen op maandag, woensdag en vrijdag. Het zou beter zijn als dit vaker was en flexibeler. Daarnaast leverde EUDR niet op feestdagen, waardoor dan toch weer van andere leveranciers gebruik moest worden gemaakt.

Tjongerschans werd geleverd door Boer en Chef en Botmas en was vooral tevreden over de flexibiliteit. Door het werken met kleine partijen kon snel geschakeld worden en als je iets nodig had, bel je de leverancier, krijg je direct de juiste persoon aan de lijn en niet een call center. Tevredenheid is er ook voor de professionaliserig van beide leveranciers. Zo werken ze met bestellijsten wat grote leveranciers ook doen. Ook de HCCP is goed geregeld. Dit is een risico-inventarisatie voor voedingsmiddelen, waarbij strenge verplichtingen gelden voor voedsel voor ziekenhuizen. Dit is goed geregeld door B&C en Botmas, zonder dat het ziekenhuis daar iets aan hoeft te doen.

Er waren wel twee, kleinere knelpunten. Ten eerste de verkrijgbaarheid. Niet alle producten die het ziekenhuis nodig had zijn altijd beschikbaar bij de leveranciers. Hier speelt ook een rol dat Tjongerschans niet een eigen productiekeuken heeft. Sturing op flexibiliteit speelt wel een rol. Een tweede knelpunt betreft de contractuele verplichtingen die Tjongerschans bij de huidige leverancier heeft. Deze staan tot 2028 vast, met afname op basis van volume. Hierbij is slechts ruimte om een dag in de week bij Botmas af te nemen.

8.8 Conclusies

Het tot stand brengen van een korte keten lijkt eenvoudig maar is dat niet. De weg er naar toe kent vele valkuilen, de koppeling tussen aanbod en vraag en vice versa, de prijs, de logistiek en de onbekendheid met lokaal voedsel.

- We hebben gezien dat de waardepropositie, lokaal, gezond en duurzaam, door afnemers positief wordt onderschreven. Daar zit het probleem ook niet. Komen we tot het product, dan wordt de situatie al wat gecompliceerder, de producten van de verschillende foodhubs blijken heel divers, van ingrediënten tot kant en klaar maaltijden.
- Het probleem bij die producten zit ook niet zozeer bij de producten zelf maar vooral bij de gerealiseerde volumes van die producten. Die volumes zijn feitelijk te klein om succesvol te kunnen doorontwikkelen. Het gemis aan commitment op de lange termijn van zowel aanbieders als foodhubs speelt daarbij een belangrijke rol. Het gevolg is een kip-ei situatie.
- Hetzelfde geldt in feite voor de prijs. De prijs is heel erg belangrijk voor de afnemers. Maar foodhubs moeten volume kunnen maken om wat aan die prijzen te kunnen doen. Ook hier is dus sprake van een kip-ei situatie die doorbroken moet worden. En als het al mogelijk blijkt om aan de budgetwensen van een afnemer te voldoen blijkt in de praktijk dat prijs wel belangrijk is maar zeker niet doorslaggevend.
- Wat de plaats en logistiek betreft, blijkt professionaliteit daarvan van groot belang. Leveranciers willen leveringszekerheid en betrouwbaarheid. Maar met de huidige schaalgroottes van de foodhubs blijkt dat in de praktijk erg moeilijk te realiseren en maakt de schaal waarop ze opereren ze erg kwetsbaar voor marktontwikkelingen. Dit vraagt ook om keuzes, eigen transport of snijderijen, of juist outsourcen zoals Botmas doet met de distributie. Hoe dan ook blijkt het erg moeilijk om leverbetrouwbaarheid te garanderen.

- Wat betreft communicatie dienen foodhubs professionelere marketing- en salesvaardigheden te ontwikkelen om in deze business-to-business context relaties te kunnen opbouwen.

Daar waar een keten succesvol is, zien we dat de kiem voor het succes zit in het vertrouwen tussen leverancier en afnemer en de mate van samenwerking die dat oplevert. Kortom, het gaat om de communicatie tussen partijen. Hoe beter het vertrouwen, hoe beter de samenwerking en hoe beter de korte keten werkt. Dit hebben we ook gezien gedurende het experiment met ZINN, waarbij een week lang bewoners van twee locaties lokale voeding hebben genoten (zie hoofdstuk 8). De wil van de leverancier B&C en de afnemer ZINN om er samen een succes van te maken door middel van een intensieve samenwerking was doorslaggevend om van het experiment een succes te maken.

9

Impact van lokaal voedsel op de beleving van zorgnemers

9.1 Inleiding en vraagstelling

Hoofdstuk 5 schetste de uitkomsten van onderzoek onder patiënten in een ziekenhuis naar hun mening als er (meer) lokaal voedsel zou komen. Men was daar heel positief over. Het huidige hoofdstuk gaat over een situatie waarin lokaal voedsel daadwerkelijk wordt verstrekt. We onderzoeken een mogelijk verschil in beleving tussen in dit geval cliënten in een ouderzorginstelling die wel of die niet lokaal voedsel krijgen, een experiment dus. Dit onderzoek is uitgevoerd bij ZINN (Zorgorganisatie in Noord-Nederland) op vier verschillende locaties. ZINN hoopt door lokaal voedsel aan te bieden duurzamer te worden, en tegelijkertijd meer sociaal/maatschappelijk betrokken te raken met de regio. Een gehoopt effect is ook dat patiënten meer en beter gaan eten, wanneer zij blijer worden en meer plezier tijdens het eten ervaren. Patiënten/cliënten leven gedurende de dag naar deze eetmomenten toe. Zij ervaren dat als een plezierig en mooi moment van de dag. De vraag is of voedsel van lokale herkomst dit moment nog verder kan verbeteren en de hoge prevalentie van inadequate inname wellicht kan verbeteren.

De maatschappelijke impact doelen van het onderzoek zijn:

1. Bijdrage en inzichten leveren aan de economische-maatschappelijke betrokkenheid van (semi)publieke instellingen met regionale producenten van lokaal voedsel.

2. Bijdrage en inzichten leveren ten aanzien van welzijn, verbondenheid (tegen gaan van eenzaamheid) en verzadiging (als onderdeel van geluk) bij zorgnemers door de beleving tijdens consumptie te verbeteren met behulp van lokaal geproduceerd voedsel.

Op grond van een literatuurstudie (o.a. Vadivelo et al., 2013, Feng et al., 2023) zijn we tot de volgende onderzoeksvragen gekomen en het in figuur 9.1 weergegeven conceptueel model.

Onderzoeksvragen:

1. Welke impact heeft lokaal voedsel op de (consumptieve) beleving van zorgnemers?
2. Welke mening hebben zorgnemers ten aanzien van lokaal voedsel?
3. Wat is de (sensorische) maaltijdbeoordeling van zorgnemers over lokaal voedsel?
4. Hoe hangt culturele bewustzijn en regionale verbondenheid samen met de beleving en consumptie van lokaal voedsel?
5. Welke invloed heeft lokaal voedsel op de voedselinname?

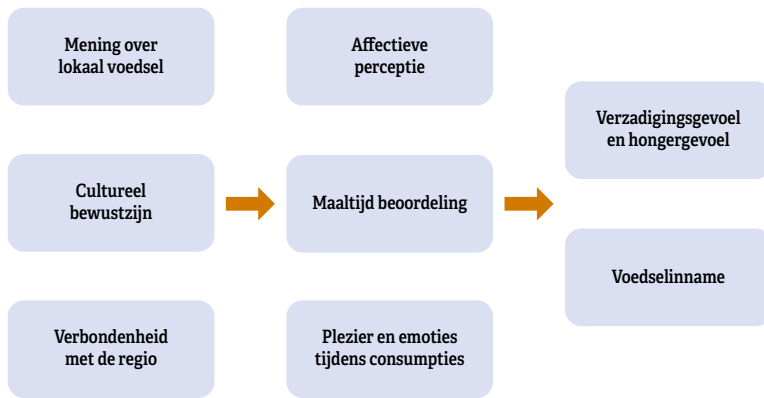
9.2 Onderzoeksaanpak

Dit onderzoek heeft gebruik gemaakt van een quasi-experimentele research design, waarin oorzaak-gevolg relaties zijn onderzocht tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Een interventie met twee van de vier groepen (locaties) zijn ingebracht. Er zijn geen willekeurige indeling van deelnemers gebruikt. Middels twee gestructureerde vragenlijsten is informatie van deelnemers opgehaald. Het bleek praktisch onhaalbaar om de voedselinname te meten, dus die variabele uit ons model is niet gemeten.

Client-populatie omschrijving

Onderdeel van het zorgaanbod van ZINN zijn de zes woonzorglocaties in Groningen, Haren en Hoogezand. Dit onderzoek focust zich op de ouderen die op een van de vier locaties wonen, namelijk De Brink (Groningen), De Es (Groningen), De Dilgt (Haren) en De Burcht (Hoogezand). Ouderen zijn in dit geval mensen vanaf 65 jaar of ouder die hulpbehoevend zijn.

Figuur 9.1 Conceptueel model van experiment wel of geen lokaal voedsel



Deze vier locaties onderscheiden zich door de mate van zorg, welke wordt ingedeeld met zes treden. De vier locaties waar cliënten in het restaurant eten zitten op zorgtrede drie en vier. Trede drie betreft ouderen welke hulpmiddelen en voorzieningen nodig hebben, terwijl het in trede vier gaat om (tijdelijke) persoonlijke verzorging of verpleging en/of (korte) opvang in een tehuis. Ouderen die in aanmerking komen voor trede vijf en zes hebben dermate intensieve zorg nodig dat zij niet in het restaurant komen bij ZINN. Cliënten met trede drie en vier zorg die zelfstandig naar het restaurant kunnen komen, hebben de keuze om ook op hun kamer te blijven en het eten te laten bezorgen (roomservice). Niet iedereen met zorgtrede drie en vier komt ook daadwerkelijk in het restaurant. In totaal hebben in 2016 96.000 mensen in Nederland trede drie zorg nodig en 172.000 mensen trede vier zorg (Wessels & Kraaijeveld; 2018).

Bevolking verpleeghuizen samenstelling in 2016:

- Mannen 27%, gemiddelde leeftijd 82 jaar.
- Vrouwen 73%, gemiddelde leeftijd 87 jaar.

Inclusiecriteria voor patiënten

- Leeftijd 60 jaar of ouder
- Woonachtig in een van de vier ZINN-locaties
- In staat om maaltijden te nuttigen

Exclusiecriteria voor patiënten

- Geen maaltijd genuttigd in het restaurant tijdens onderzoek
- Parenterale voeding of sondevoeding
- Dementie
- Verstandelijke beperking

Steekproefgrootte

De sample size is gericht om diverse cliënten van verschillende achtergronden te vertegenwoordigen en om alle aangeboden maaltijden te vertegenwoordigen voor de maaltijdbeoordeling.

Voor de eerste vragenlijst is de volgende grootte bereikt:

- Brink: 68
- Burgt: 30
- Dilgt: 83
- Es: 2

Voor de tweede vragenlijst, welke is verlopen na vijf dagen en opvolgende meetmomenten, zijn de volgende groottes bereikt:

- Dilgt: 195
- Burgt: 75
- Brink: 168
- Es: 81

Operationalisatie

ZINN maakt gebruik van drie verschillende hoofdgerechten en twee soepen per dag. De samenstelling van gerechten en soepen wisselen per dag. Aan het begin van de week wordt op een bord bij de ingang van het restaurant alle dagmenu's voor de aankomende week gepresenteerd. Op de menukaarten op tafel staat alleen het menu van de betreffende dag (zie voorbeeld).

De menu's van de betreffende week worden gekoppeld aan een thema. Dit thema wordt gecommuniceerd op de placemat. Bijvoorbeeld: "Thema Country & Western".

Soms worden herkomst, plaats of stijl van het eten gecommuniceerd. Bijvoorbeeld: "Italiaans varkensvleesreepjes". De verschillende ingrediënten van de drie verschillende hoofdgerechten mogen met elkaar gemixt worden op wens van de cliënt tijdens het opnemen van de bestelling.

Figuur 9.2 Gebruikte weekmenu's



Opnemen van bestelling, uitreiken van eten en afruimen:

Bij aankomst in het restaurant zoekt de cliënt zelf een tafel op en gaat zitten. Bediening komt dan langs om de bestelling op te nemen. Tevens wordt gevraagd of de cliënt een kwart, halve of hele portie wil. Na opnamen wordt de bestelling bereid in de keuken. De gerechten worden altijd aangeboden in de vorm van plateservice. Alles ligt op één bord en je krijgt er geen losse bakjes bij dat je zelf moet op- of bij scheppen. Het is wel mogelijk om op een later moment extra eten bij te vragen. In de keuken wordt, door het zwarte team bestaande uit keukenpersoneel in zwarte kleding, het eten bereid. Wanneer de maaltijd klaar is wordt deze via de keukenbalie overgedragen aan de bediening welke deze naar de tafel komt toebrengen.

Als de maaltijd is geconsumeerd wordt het (lege) bord afgehaald door de bediening en teruggebracht naar de keukenbalie. Tijdens en na het afruimen kan de cliënt nog een aperitief bestellen van de achterkant van de menukaart.

Co-variabelen

Demografische gegevens: leeftijd, geslacht, provincie, opleidingsniveau

Metingen

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de ZINN-locaties in de weken van 8 t/m 19 januari. Elementen van het experiment zijn: 1) de menukaarten per dag op de tafels, 2) het totale weekmenu

bij de deur (en van tevoren op de kamer te lezen), de placemat op de tafels. De dataverzameling heeft plaatsgevonden met behulp van twee vragenlijsten (Bijlage A). De vragenlijsten zijn gebaseerd op het literatuuronderzoek. De vragenlijst zijn waar mogelijk door de deelnemer zelf ingevuld, waarbij een onderzoeker in het restaurant indien nodig heeft geholpen bij het invullen ten behoeve van het begrijpen van de vragen en antwoordmogelijkheden, lezen en/of schrijven. Het invullen van de vragenlijst heeft plaatsgevonden in het restaurant, en duurde maximaal 15 minuten.

Opzet experiment

Het onderzoek is uitgevoerd op vier locaties. Twee locaties kregen een interventie en de andere twee locaties behouden een weekthema en weekmenu bestaande uit niet lokaal voedsel.

Interventie:

Weekmenu dat bestaat uit lokaal voedsel. Weekthema dat gaat over de lokale producenten. Zowel op de placemat als menukaart werd de herkomst gecommuniceerd.

Groepsindeling:

- | | |
|-------------------------|---|
| Locatie <u>Dilgt*</u> . | Weekmenu en thema bestaande uit <u>lokaal geproduceerd voedsel</u> .
Omvang: +/-70 personen in de middag en +/-120 personen in de avond. |
| Locatie <u>Brink</u> . | Weekmenu en thema bestaande uit <u>niet lokaal geproduceerd voedsel</u> .
Omvang: +/-80 personen in de middag en +/- 40 personen in de avond. |
| Locatie <u>Es</u> . | Weekmenu en thema bestaande uit <u>niet lokaal geproduceerd voedsel</u> .
Omvang: +/-25 personen in de middag en een enkeling in de avond. |
| Locatie <u>Burgt*</u> . | Weekmenu en thema bestaande uit <u>lokaal geproduceerd voedsel</u> .
Omvang: +/-100 personen in de middag en +/- 15 in de avond. |

Duur experiment:

Van woensdag tot en met zondag. Zowel in de middag als in de avond.

Sample groups: A0 participants Brink
 A1 participants Dilgt
 B0 participants Es
 B1 participants Burgt

Groepen 0 zijn controlegroepen, die het menu met 'normaal' eten ontvangen.

Groepen 1 zijn experimentele groepen, die het menu met 'lokaal' eten ontvangen.

Data-analyse

Beschrijvende statistiek is uitgevoerd met behulp van SPSS 26. Categoriele variabelen zijn gepresenteerd als absolute getallen en in percentages. Continue variabelen zijn getoetst op normaalverdeling en gepresenteerd als gemiddelde en standaarddeviatie indien normaal verdeeld of als mediaan en inter-kwartiel afstand indien niet normaal verdeeld.

Gemiddelden tussen groepen (A0, A1, B0, B1) vergelijken: ANOVA

Gemiddelden tussen groep 0 en 1 vergelijken: T-test

Integriteit van het conceptueel model en regressies toetsen met SEM in SmartPLS.

Ethische aspecten

Het onderzoek is uitgevoerd conform de principes van de Declaratie van Helsinki (aangenomen door de 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, juni 1964 en aangepast door de 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazilië, oktober 2013) en in overeenstemming met de Wet Medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) en Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit 2018. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door Hanze Ethische Advies Commissie.

Wervingsprocedure en toestemming

De onderzoekers hebben met de teamleider van de verzorgers overlegd en de vragenlijst van tevoren doorgenomen. De onderzoekers hebben de patiënten mondeling en schriftelijk met een informatiebrief geïnformeerd, evenals zijn of haar contactpersonen (bijv. familieleden). Deelname aan het onderzoek vond plaats indien de deelnemer voorafgaand aan het afnemen van de vragenlijst mondelinge toestemming gaf.

- Bij zorgnemers in het restaurant heeft 20% tot 30% dementie in dermate vorm dat zij mogelijk geen enquêtes kunnen invullen. Leidinggevende zorg is aanwezig in het restaurant en weet precies wie het wel en niet lukt om een enquête in te vullen. Zij hebben geholpen om te selecteren.
- Koppeling van enquêtes kan gedaan worden m.b.v. kamer-nummers i.p.v. namen.

9.3 Resultaten

Tabel 9.1 geeft de scores weer van alle variabelen gedurende de onderzoeksperiode.

Tabel 9.1 Resultaten experiment: vergelijking groepen

Concept:		Gemiddelden (schaal 1 t/m 5)					
		Week	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
Emotionele staat	D	4,0	4,1*	3,9*	4,2*	3,8	4,2*
	V	3,9	3,6*	4,4*	3,6*	4,0	3,8*
Maaltijd beoordeling	D	4,0	4,0	3,8*	4,1*	3,8	4,0
	V	4,0	3,9	4,3*	3,5*	4,0	4,0
Verzadigingsgevoel	D	4,0	4,0	4,2*	3,8	4,1	4,2
	V	4,0	4,2	3,9*	3,6	4,3	4,2
Placemat leuk	D	2,9	3,0	3,2*	2,7	2,5	2,7
	V	3,0	2,9	3,3*	2,4	3,0	3,2
Beoordeling of ingrediënten in de maaltijd uit de regio zijn.	D	3,4*	3,4	3,5	3,5*	3,6*	2,8
	V	3,1*	3,1	3,1	3,0*	3,0*	3,2

* significant verschil tussen D en V ($p = >0,05$)

Alle casussen geïncludeerd (D = experimentele groep met communicatie van dichtbij en maaltijden bereid met ingrediënten zoveel mogelijk uit de regio, V = 'controle groep' met communicatie van ver weg en maaltijden bereid met standaard ingrediënten).

De belangrijkste variabele in het onderzoek is de maaltijdbeoordeling, gevolgd door het verzadigingsniveau. De hypothese was dat de maaltijdbeoordeling van de lokale maaltijd significant hoger zou zijn dan de niet -lokale maaltijd. Dit blijkt niet zo te zijn. Ook het verzadigingsniveau is exact hetzelfde.

Een verklaring hiervoor kan zijn dat de gevoelde smaak van de maaltijden per dag nogal verschilde. Zo was op dinsdag de niet lokale maaltijd duidelijk lekkerder en op woensdag omgekeerd. Zo was op een van beide dagen de soep duidelijk van minder goede smaak wat de resultaten sterk beïnvloedt.

Een uitdaging van het hele onderzoek was om goede antwoorden te krijgen van deze mentaal oude doelgroep. Misschien was het experiment nogal 'hoog gegrepen' voor deze doelgroep.

9.4 Evaluatie door de zorginstelling

Los van de uitkomsten van metingen, is met de inkoopende partij geëvalueerd hoe de levering is verlopen. Zoals in het begin van dit rapport al is genoemd, is namelijk de tevredenheid van partijen in samenwerking een belangrijke maatstaf voor succes.

ZINN heeft een contract met een grote leverancier (Huuskes) en laat zich daarnaast leveren door Botmas. Voor dit experiment is ZINN bereid gevonden zich door Boer en Chef te laten beleveren. De hierna volgende evaluatie gaat over dit 'experiment'.

De tevredenheid van ZINN over deze 'experimentele week' is hoog. Op basis van reacties van de koks en op basis van reacties van klanten en andere medewerkers was het volgens de ondervraagde inkoopster een succes, los van de uitkomsten van de enquête en het verslag. 'Dus het zou wel wat kunnen worden. Als ik een cijfer moet geven, is dat een 'acht plus'.'

Een belangrijk positief punt is dat ZINN en de leve een gezamenlijke ambitie hebben: een duurzame, korte keten. ZINN is voorstander van bijvoorbeeld strokenteelt en een biologische aanpak waardoor de aarde niet uitgeput raakt.

Voor ZINN wordt dat steeds belangrijker, vooral ook omdat de doelgroep van ZINN per definitie op leeftijd is waarbij de huidige 85+-ers minder open staan voor biologisch, minder vlees enz dan de generatie na hun. Maar in de toekomst zal daar dus wel meer vraag naar zijn. Zo at vijf jaar geleden misschien 1 of 2 op de 1000 cliënten vegetarisch, maar nu zie je al meer 'flexitariers' waardoor ZINN nu eens per week zo'n optie op het menu zet en waar steeds meer gebruik van gemaakt wordt.

Wat betreft de contacten met Boer en Chef was de tevredenheid ook hoog. 'De betrokkenheid van Jordy (nieuwe eigenaar/directeur) speelde een grote rol in de samenwerking. Vertrouwen is de kern.'

De inkoper stelt wel dat 'een overstap naar biologisch zich moet vertalen in een betere smaakbeleving. Want het is iets duurder dan regulier, dus als de doelgroep dat er niet vanaf proeft, waar doe je het dan voor?'

Dit laatste is bij dit experiment dus niet gebleken: een betere smaakbeleving, maar daar kunnen ook andere oorzaken voor zijn.

9.5 Conclusies

Het doel van dit deel van het onderzoek was om te kijken of lokaal voedsel in de ouderenzorg ertoe leidt dat bewoners het eten ook lekkerder gaan vinden en een hoger verzadigingsniveau bereiken. En ook, als dat al zo is, waar die smaakbeleving van afhangt, bijvoorbeeld of personen met een sterkere regionale binding anders reageren dan anderen.

We vonden in ons experiment geen significante verschillen. Of dat betekent dat de smaakbeleving echt niet beter wordt, valt niet te zeggen omdat er -achteraf- een aantal beperkingen aan de betrouwbaarheid van het onderzoek zijn opgetreden. Zo is de vraag of deze oude groep respondenten wel voldoende capaciteit hebben om alles in te vullen of te laten invullen. Het feit dat wij geen significante verschillen vonden hoeft niet te betekenen dat ze er niet zijn.

Wat wel een zijdelingse maar relevante bevinding is, is dat als beide partijen (foodhub (Botmas), en zorginstelling (ZINN)) voldoende welwillend zijn, levering en consumptie van lokaal voedsel door zorgcliënten goed haalbaar is. De reden dat levering hier wel van de grond kwam, is ook doordat het inkoopmanagement bij de zorginstelling flexibel genoeg was en bereid was om iets meer te betalen dan gebruikelijk om lokaal voedsel mogelijk te maken. De bereidheid hiervoor was ook hoog omdat de zorginstelling zelf als waarde duurzaamheid van groot belang vindt. Ook de ondernemende houding en de onderlinge relatie tussen verkoper en inkoper was prima, leidend tot een 'acht plus' van de inkoper.



Conclusies en aanbevelingen

10

Conclusies en aanbevelingen

10.1 Conclusies

10.1.1 Doel en model

Doel van het project was om te analyseren waar de uitdagingen liggen in de levering van lokaal voedsel door zogeheten foodhubs aan zorginstellingen. Met als gedachte dat dan ook oplossingen kunnen worden geboden zodat genoemde levering wordt versterkt. De wens om levering van lokaal voedsel aan zorginstellingen te stimuleren is ingegeven door de volgende mogelijke voordelen van lokaal in plaats van niet lokaal voedsel:

- Versterking van de lokale economie door een kortere keten leidend tot een betere inkomensverdeling
- Lokaal voedsel is enigszins duurzamer vanwege lage transportkosten
- Lokaal voedsel wordt door patiënten 'leuker' gevonden waardoor patiënten ook meer gaan eten wat bevorderlijk is voor de gezondheid.
- Kleinere lokale foodleveranciers kunnen door hun beperkte schaalgrootte interessant zijn voor specifieke diëten.

Deze voordelen gaan verder dan klassieke waarden die zijn gebaseerd op omzet en financiën maar zijn uitdrukkelijk ook maatschappelijk en sociaal van aard. En dus is het wenselijk dat dat groeit.

In dit Raakproject is het conceptuele model uit figuur 1.2 gebruikt. De figuur laat onze definitie zien van een te ontwikkelen 'business model' voor foodhubs bestaande uit de volgende componenten:

1. De wijze van onderlinge samenwerking tussen en binnen foodhubs
2. De marketingstrategie: doelgroep en positionering (ook waardepropositie genoemd)
3. Product
4. Prijs
5. Plaats
6. Communicatie

De laatste vier staan bekend als de '4 P's van marketing'.

10.1.2 De wens van de patiënt

Bij marketing staat de klant centraal. Vandaar dat in hoofdstuk 5 een studie is opgenomen die we hebben gedaan naar meningen van patiënten over lokaal voedsel. De conclusies van deze deelstudie is evident: patiënten waarderen in grote meerderheid een overstap naar meer lokaal voedsel. Belangrijkste redenen zijn: het is eerlijker voor de boer, de transportafstand is kleiner dus beter voor milieu en men eet graag seizoenproducten. Uit dit laatste blijkt dat patiënten lokaal voedsel (terecht) associëren met verschillen per seizoen. De meest genoemde lokale producten waarvan de patiënt een optie van zou willen hebben in het ziekenhuis zijn: groente, fruit, vlees, eieren, zuivel, en brood.

10.1.3 Samenwerking en organisatie

Levering van lokaal voedsel betekent automatisch dat het bij lokale producenten ('boeren') vandaan moet komen. Of het nu groente, fruit, zuivel, vlees betreft: het zijn veelal kleine producenten. Zorginstellingen hebben altijd vele malen meer voedsel nodig voor de drie doelgroepen die zij 'in huis' hebben: patiënten/bewoners, personeel en bezoekers. Uit ons onderzoek blijkt ook dat zorginstellingen bij voorkeur met zo weinig mogelijk contacten zaken willen doen en liever ook niet 'een paar keer per dag' een leverancier aan de deur krijgen. Dat betekent dat lokale producenten moeten samenwerken om voldoende volume te kunnen bieden.

Het betekent ook dat de producenten een bedrijf moeten vinden of oprichten die zich met de daadwerkelijke verkoop en levering gaat bezighouden (de foodhub). En ook met de communicatie richting klanten.

De literatuur en ook de praktijk laten verschillende vormen van samenwerking zien. Een belangrijke keus is of al of niet voor een coöperatief model wordt gekozen. Een coöperatief model betekent dat in dit geval de producenten een deel van hun vrijheid en middelen afstaan aan een centrale organisatie die namens hen de onderhandelingen, leveringen en klantcontacten organiseert.

Ons onderzoek laat zien dat een coöperatief model niet de beste keuze is. De reden daarvoor is dat de organisatie daarmee aan slagkracht verliest omdat er teveel moet worden afgestemd. De foodhub dient zich namelijk flexibel en klantgericht op te stellen waarvoor snel inspelen op kansen gewenst is. Er is wel een zogeheten 'collectief' model nodig, lees: een serieuze en contractuele vorm van samenwerking met boeren.

10.1.3 Kosten en andere KPI's

Uit onze monitoring is gebleken dat een korte keten verschillende voordelen biedt ten opzichte van een lange keten:

- De kosten voor verpakking nemen af doordat er minder schakels zijn.
- De duurzaamheid van de logistiek neemt toe vanwege minder verpakking en kortere vervoerafstanden
- Om zo gericht mogelijk om te kunnen gaan met de aanbieder, is het voor een foodhub een voordeel om de keten zo kort mogelijk te hebben en bij voorkeur in eigen hand te hebben.

10.1.4 Marketingstrategie

Doelgroep

Binnen de zorg waar dit project over gaat, zijn case studies verricht bij ziekenhuizen en in de ouderenzorg. Hoewel enigszins anekdotisch van aard, bestaat de indruk dat het voor foodhubs haalbaarder is om aan ouderenzorgorganisaties te leveren dan aan ziekenhuizen. Een reden daarvoor is dat ziekenhuizen vaak veel groter zijn, met een grotere hiërarchie dus ook dan bij veelal kleinere ouderenzorgorganisaties (die veelal uit verschillende 'huizen' bestaan), wat het voordeel heeft dat foodhubs makkelijker met het directieniveau kunnen communiceren. Verkoop van voedsel van foodhubs aan de zorg is per definitie 'business-to-businessmarketing' waarbij het leggen van persoonlijke contacten essentieel is. Vertrouwen opbouwen en in elkaar hebben is essentieel. Een ander voordeel van ouderenzorgorganisaties is dat zij zich wat flexibeler kunnen opstellen, en aan minder regels zijn gebonden, waardoor een experiment met het leveren van voedsel (zoals in onze studie met ZINN) relatief snel is op te zetten.

Positionering en waardepropositie

In alle onderzochte gevallen worden positioneringen gebruikt die woorden bevatten als 'duurzaam', 'lokaal' en 'gezond'.

Hierover zijn diverse opmerkingen te maken.

- Ten eerste is 'lokaal' een relatief begrip en dient er duidelijkheid te zijn wat daaronder verstaan wordt. Is het Groningen, Noord-Nederland, Nederland of mag zelfs Noord-Duitsland er ook toe behoren? De afbakening hangt ook af van de wensen van de afnemer. Zo is bij het experiment bij ZINN gekozen voor 'Groningen' omdat de regionale binding van de bewoners daarmee het sterkst bleek.
- Ten tweede dient de foodhub helderheid te geven over 'wel of niet biologisch'. Dit werd door de afnemers in dit project niet gevraagd, mede omdat er discussies zijn over de duurzaamheid ervan. 'Regeneratief' werd weer wel ondersteund, maar een nadeel hiervan is dat niet iedereen dat kent.

- Ten derde is van belang te onderkennen dat 'lokaal' niet vanzelf betekent 'duurzaam' en 'gezond'. Dat laatste is sowieso niet aan te tonen en kan dus niet zonder meer worden gebruikt. 'Duurzaam' geldt in beperkte mate: bij gelijkblijvende omstandigheden is het transport natuurlijk korter maar dit vormt maar een heel beperkt deel van de 'footprint'. Wel is het zo dat als lokaal eten leidt tot 'meer eten' er minder waste ontstaat wat weer wel duurzamer is. Tevens geldt dat 'meer eten' bij patiënten en bewoners in principe ook gezonder is, want slecht eten heeft een negatief effect op de gezondheid. Dit effect is sterker in ouderenzorginstellingen dan in ziekenhuizen omdat patiënten maar relatief kort in een ziekenhuis verblijven.
- Ten vierde is een ander aspect van positionering hoe klantgericht een foodhub is. Een merk en dus ook een foodhub kan van klantgerichtheid een focuspunt maken: uitblinden in service.

Uit het monitoringsonderzoek bleek dat onderdeel van de positionering ook moet zijn dat 'eerlijke handel en prijzen, transparantie en regeneratieve landbouw' voordelen zijn van lokale inkoop. Het belang van een scherpe en aansprekende waardepropositie van de foodhub richting zorginstellingen wordt bevestigd door onze vergelijkende analyse van drie foodhubs waarbij een van hen (Botmas) hier de scherpste keuzes in gemaakt had en ook de helderste communicatie in toepast.

10.1.5 Product en prijs

Een belangrijk issue is de te verkopen en in te kopen hoeveelheden. Hier speelt een kip-ei probleem dat ook te maken heeft met de prijs. Zorginstellingen willen een constante kwaliteit en de zekerheid van voldoende hoeveelheden. En liefst ook tegen een lage prijs. Maar de foodhub is in principe afhankelijk van wat de boeren kunnen leveren. Die willen wel switchen naar producten die zorginstellingen willen, maar dan wel de zekerheid hebben dat ze die tegen een bepaalde prijs kunnen verkopen. Die zekerheid willen de zorginstellingen in ons project niet geven.

Dit kan te maken hebben met vertrouwen en relaties. Zolang dit niet doorbroken wordt zal groei van de hoeveelheden lokaal voedsel aan de zorg moeilijk worden.

Bij 'product' hoort ook het punt voedselveiligheid. Dit is voor ziekenhuizen en zorginstellingen een eis. Dit betekent dat leveranciers moeten voldoen aan de eisen en normen van HACCP. Verder moeten leveranciers hun labels voorzien van informatie waarbij de duurzaamheid, veiligheid en voedingswaarde zichtbaar zijn. Deze informatie moet ook aantoonbaar en verifieerbaar zijn. Dit vergt ook de nodige investeringen en dus een minimale schaalgrootte.

10.1.7 Plaats

In samenhang met het vorige punt (product en prijs) speelt leveringszekerheid en betrouwbaarheid voor zorginstellingen een grote rol. Ook dit hangt samen met schaalgrootte.

10.1.8 Communicatie

Uit de gesprekken en ervaringen is gebleken dat er bij zorginstellingen weinig kennis is over lokaal voedsel en ook weinig ervaring met foodhubs. Mede daardoor is er aarzeling om transacties te doen laat staan om lange termijn afspraken te maken. In een b-to-b-markt is vertrouwen nodig en dient een foodhub ook actief aan relatieopbouw te werken. Dit is geen core business van foodhubs zo is ons gebleken.

10.1.9 Hoofdconclusie

Patiënten zouden graag lokaal voedsel willen. Foodhubs willen dat graag aanbieden, wat logisch is want dat is in potentie interessante 'business'. Zorginstellingen zeggen ook dat ze graag (meer) lokaal voedsel willen inkopen. Maar zorginstellingen hebben op dit moment veelal te weinig kennis van en soms ook te weinig vertrouwen in lokale foodhubs om lange termijn transacties aan te gaan. Ook spelen hogere kosten van lokaal voedsel een rol: een zorginstelling wil zich soms niet binden aan hogere

kosten. Daardoor kunnen foodhubs niet de gewenste hoeveelheden tegen de gewenste prijs leveren. De foodhubs op hun beurt hebben te weinig professionele kennis en ervaring om het nodige vertrouwen te winnen, mede omdat zij ook daardoor niet op beslissingsniveau in een zorginstelling terecht komen.

Het gevolg is dat levering van lokaal voedsel aan zorginstellingen maar op beperkte schaal gebeurt.

10.2 Aanbevelingen

10.2.1 Foodhubs

Dit Raak-MKB project focust op de rol van foodhubs. De aanbevelingen naar deze groep MKB-ers zijn als volgt.

1. Om in staat te zijn een interessante waardepropositie in combinatie met een goede prijs te leveren aan zorginstellingen zal een foodhub moeten zorgen voor een korte keten die zij zoveel mogelijk zelf beheerst.
2. De foodhub kan zich het beste richten op kleinere zorginstellingen, bijvoorbeeld ouderenzorginstellingen of kleine ziekenhuizen.
3. In de contacten met zorginstellingen (zie 1) moet vooral het punt van regiobinding, duurzaamheid en seizoensproducten worden gebruikt.
4. De foodhub moet leveringszekerheid organiseren en beloven.
5. De foodhub moet professionele marketing en sales in huis hebben. De communicatie dient helder te zijn met bijvoorbeeld een aansprekende website. Via netwerken en andere relationele manieren zal de foodhub in contact moeten komen en blijven met de *decision makers* bij de zorginstelling. Bij een kleinere zorginstelling kan het nuttig zijn met de bestuurder in contact te komen.

Uiteraard kan een foodhub er ook voor kiezen niet aan zorginstellingen te willen leveren, maar bijvoorbeeld aan kennisinstellingen of overheidsorganisaties. Maar ook dan spelen genoemde aanbevelingen een rol.

10.2.2 Zorginstellingen

Voor de ziekenhuizen kan het volgende worden aanbevolen. Op dit moment hebben zij geen externe prikkel om meer lokaal voedsel in te kopen. Weliswaar is er al enkele jaren geleden in een intentieverklaring afgesproken om meer lokaal in te kopen (bij WZA ligt het gewenste percentage op meer dan 30%) maar dit wordt onvoldoende gerealiseerd. Genoemd WZA stelt letterlijk *'meer te willen inkopen indien de lokale leverancier kan bewijzen op meer professionele wijze te werken'*. Sommige ziekenhuizen zien voedsel echter als 'restpost' waarop makkelijk wordt bezuinigd.

Een aarzeling die zorginstellingen soms hebben als het om de stap naar lokaal inkopen gaat is 'dat het teveel gedoe is'. Want 'dan moeten switchen van aanbieder'. Ook de vermeende hogere kosten spelen soms een rol.

Uit ons onderzoek blijkt dat beide argumenten geen grote rol zouden hoeven te spelen. De hogere kosten hoeft sowieso niet per definitie het geval te zijn mits er goede afspraken gemaakt worden met de nieuwe, lokale leverancier. Het vermeende 'gedoe' kan worden verminderd als de zorginstelling het volgende stappenplan volgt.

1. Zorg intern dat je voldoende vanuit het topmanagement bent 'ingedekt' om een stap naar lokaal voedsel mogelijk te maken en dus ook om (deels) van leverancier te veranderen en om leveringsafspraken te maken voor minimaal 1 jaar tegen een afgesproken prijs.
2. Betrek in dat laatste ook expliciet het voordeel van maatschappelijke waarden die je met lokaal voedsel kiest. Dit kun je ook meenemen in de onderhandelingen met zorgverzekeraars.
3. Zoek in je omgeving naar een foodhub die aan de volgende eisen voldoet:
 - Bereid en in staat om leveringszekerheid te bieden voor bijvoorbeeld een jaar.
 - Tegen een van te voren afgesproken prijs.
 - Professionele organisatie met heldere waardepropositie en goede communicatie.
 - HCCP goedgekeurde producten en processen.

Het kernpunt bij zorginstellingen is in feite dat zij in de praktijk te weinig prioriteit geven aan een omslag naar lokaal voedsel. Zij zouden zich meer moeten realiseren dat ze daarmee juist een belangrijke maatschappelijke bijdrage leveren die verder gaat dan 'gewoon eten inkopen'. In onderhandelingen met zorgverzekeraars zouden zorginstellingen deze maatschappelijke waarde dan ook kunnen en moeten inbrengen zodat zij gemakkelijker een hogere prijs kunnen betalen voor dit meer verantwoorde voedsel dat patiënten waarderen.

10.2.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Tot slot merken we op dat we in ons project bezig hebben gehouden met een beperkt aantal zorginstellingen (vijf) in het noorden van het land. Dit hoeft niet representatief te zijn voor elders. De kracht van ons project zit in de diverse perspectieven van waaruit we de problematiek hebben belicht en ook in de diepgang van de ervaringen, onder andere door een stuk actieresearch dat we noodgedwongen hebben mogen uitvoeren.

Suggesties voor vervolgstudies zijn om onze aanbevelingen concreter uit te werken en te laten toepassen door zorginstellingen waarbij vermoedelijk bij care-organisaties (zoals ouderenzorg) meer succes is te behalen dan bij grote cure-organisaties (ziekenhuizen), omdat deze laatste minder flexibel zijn en daardoor op grote afstand staan van foodhubs.

Ook buiten de zorg kan worden gekeken: levering van lokaal voedsel aan bijvoorbeeld kennisinstellingen en gemeentelijke organisaties heeft evenzeer maatschappelijke voordelen als in de zorg.

Een beperking van ons project is ook dat we de rol van cateraars uitdrukkelijk buiten beschouwing hebben gelaten teneinde een zo kort mogelijke keten te realiseren. Toch is een rol van cateraars heel goed mogelijk, namelijk als zij de stap naar lokaal voedsel zo sterk mogelijk nemen. Dat heeft dan wel gevolgen voor de inkomensverdeling en ketenorganisatie. Ook op dit punt is vervolgonderzoek nuttig.



Referentie lijst

Referentie lijst

- Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr.* 2013;32:737–45.
- Allard JP, Keller H, Teterina A, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, et al. Factors associated with nutritional decline in hospitalised medical and surgical patients admitted for 7 d or more: a prospective cohort study. *Br J Nutr.* 2015;18:114.
- Allard J, Keller H, Jeejeebhoy K. Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: A prospective cohort study. *Clin Nutr.* 2016;35:144-152.
- Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, Gramlich L, et al. Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: A prospective cohort study. *Clin Nutr.* 2016;35:144-52.
- Alsem, K.J (2023), *Strategische Marketingplanning*, 9^e editie, Noordhoff, Groningen.
- Bocken N. (2014). A literature and practice review to develop sustainable business model archetypes. *Journal of Cleaner Production* 65:42-56. 10.1016/j.jclepro.2013.11.039.
- Boer & Chef. (2024). In *Boer & Chef*. <https://boerenchef.nl/>
- Botmas. (2024, maart). *Botmas: Van gezonde grond*. <https://botmas.nl/>.
- Brown, Tim. (2008) Harvard Business Review. Jun2008, Vol. 86 Issue 6, p84-92.
- Capra S, Wright O, Sardie M, Bauer J, Askwed D. The acute hospital foodservice patient satisfaction questionnaire: the development of a valid and reliable tool to measure patient satisfaction with acute care hospital foodservices. *Foodserv Res Int* . 2005;16:1–14.

- Correia MITD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr.* 2003;22:235–9.
- Curtis LJ, Valaitis R, Laur C, McNicholl T, Nasser R, Keller H. Low food intake in hospital: patient, institutional, and clinical factors. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2018;43:1239–46.
- Dall'Oglio I, Nicolò R, Di Ciommo V, Bianchi N, Ciliento G, Gawronski O, et al. A systematic review of hospital foodservice patient satisfaction studies. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115(4):567–84.
- Dupertuis Y. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr.* 2003;22:115–23.
- Den Boer, A.C.L., Broerse, J.E.W. & Regeer, B.J. (2021). The need for capacity building to accelerate food system transformation. *Current Opinion in Food Science*, 42, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.cofs.2021.05.009>.
- Dommerholt, E. (2019). *Prutsenderwijs duurzaam presteren: Over het wat, waarom & hoe van duurzame ontwikkeling en circulaire economie*. Boekscout Uitgeverij.
- ERS. (2017). Economic Research Service: Foodhubs: The logistics of local. *California Agriculture*, 71(3), 114–116. <https://doi.org/10.3733/ca.2017a0035>.
- Feenstra, G., Allen, P., Hardesty, S., Ohmart, J., & Perez, J. (2011). Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development Using a supply chain analysis to assess the sustainability of farm-to-institution programs. *Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development*, 1(4), 69–85.
- Feenstra, B. & Berens, H.B. (2023). Tussenrapportage FfC. *Hanzehogeschool Groningen*.
- Feng, K., Altinay, L., & Alrawadieh, Z. (2023). Social connectedness and well-being of elderly customers: Do employee-to-customer interactions matter?. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 32(2), 174–195.
- Foorthuis, W. et al. (2019). Monitor 2019 de regionale voedselketen: voedsel van de regio voor de regio – coöperatief en innovatief. *Hanzehogeschool Groningen*.

- Harris, D., Lo-, M., Lakins, V., Bowden, B., & Kimmons, J. (2012). Farm to institution: Creating access to healthy local and regional foods. *Advances in Nutrition*, 3(3), 343–349. [h- ps://doi.org/10.3945/an.111.001677](https://doi.org/10.3945/an.111.001677).
- Hartwell HJ, Shepherd PA, Edwards JSA, Johns N. What do patients value in the hospital meal experience? *Appetite*. 2016;96:293–8.
- Heiss, S. N., Sevoian, N. K., Conner, D. S., & Berlin, L. (2015). Farm to institution programs: organizing practices that enable and constrain Vermont's alternative food supply chains. *Agriculture and Human Values*, 32(1), 87–97. [h ps://doi.org/10.1007/s10460-014-9527-1](https://doi.org/10.1007/s10460-014-9527-1).
- Johns N, Hartwell H, Morgan M. Improving the provision of meals in hospital. The patients' viewpoint. *Appetite*. 2010;54:181–5.
- Intoagri B.V. (2023). Just Transition Fund (JTF) 2021 – 2027. *Algemeen Concept en Inleiding, versie 6 april 2023*.
- Jonker, J. & Faber, N. (2020). *Duurzaam organiseren: Template voor het ontwikkelen van nieuwe businessmodellen*. Boom Uitgevers Amsterdam.
- Jonker, J. (2014). *Nieuwe Business Modellen: Samen Werken aan Waardecreatie. Stichting OCF 2.0 & Academic Service*.
- Keller H, Allard J, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, Bernier P, et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. *J Hum Nutr Diet*. 2015;28(6):546–57.
- Klein, K., & Michas, A. (2014). Print E-mail The Farm Fresh Healthcare Project: Analysis of a Hybrid Values-based Supply Chain. *Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development*, 5(1), 1–17. [h- ps://doi.org/10.5304/jafscd.2014.051.003](https://doi.org/10.5304/jafscd.2014.051.003).
- Klein, K. (2015). Values-based food procurement in hospitals: the role of health care group purchasing organizations. *Agriculture and Human Values*, 32(4), 635–648. [h- ps://doi.org/10.1007/s10460-015-9586-y](https://doi.org/10.1007/s10460-015-9586-y).

- Leij-Halfwerk S, Verwijs MH, Houdt S van, Borkent JW, Guaitoli PR, Pelgrim T, et al. Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥ 65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2019;126:80–9.
- Low food intake in hospital: patient, institutional, and clinical factors. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2018;43:1239-46.
- Morgan, K. & Sonnino, R. (2008). *The School Food Revolution: Public food and the Challenge of Sustainable Development*. Routledge.
- Murphy T. The Role of Food in Hospitals. HealthCareCAN Consultant 2017. Available: RoleofFood_FinalEN.pdf (healthcarecan.ca).
- NWO (2021). Eindpublicatie NWO-Programma Duurzame Businessmodellen. *Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek*.
- OneUp (2024). *Solving the chicken and egg problem: All you need to know about Platform Business Models*. oneUp. <https://www.oneup.company/blog/solving-the-chicken-and-egg-problem-all-you-need-to-know-about-platform-business-models>.
- Osterwalder, A. & Pigneur, Y. (2010). *Business Model Generation*. John Wiley & Sons.
- Padanyi P, Kanetkar V, Varangu L, Wylie-Toal B, Blay-palmer A. Report on Food Provision in Accepted Article Ontario Hospitals and Long-Term Care Facilities. The Canadian coalition for green health care. 2012. Available through: <https://www.greenhealthcare.ca/Coalition-OMAFRA-Summary.pdf>.
- Perline, A., Heuscher, A., Sondag, A. & Brown, B. (2015). Perceptions of Local Hospitals and Food Producers on Opportunities for and Barriers to Implementing Farm-to-Hospital Programs. *Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development*. 147-160.10.5304/jafscd.2015.061.015.
- Tjongerschans Ziekenhuis Heerenveen (2022). *Bestuursverslag 2022*.

- Rutz, J., Bloom, J., Schroeder-Moreno, M., & Gunter, C. (2018). Farm to Childcare: An Analysis of Social and Economic Values in Local Food Systems. *Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development*, 8(3), 1–17. [h- ps://doi.org/10.5304/jafscd.2018.083.004](https://doi.org/10.5304/jafscd.2018.083.004).
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. 1997;45:1829–43.
- Sorensen J, Holm L, Frøst MB, Kondrup J. Food for patients at nutritional risk: a model of food sensory quality to promote intake. *Clin Nutr*. 2012;31:637–46.
- St. Alliantie Voeding in de zorg. (2021a). Crohn en Colitis Dieet & Leefstijl interventie – Crocodile studie. St. Alliantie Voeding in de Zorg. [h- ps://www.alliantievoeding.nl/nl/actueel/crohn-en-colitis-dieet-leefstijl-interventie-crocodile-studie](https://www.alliantievoeding.nl/nl/actueel/crohn-en-colitis-dieet-leefstijl-interventie-crocodile-studie).
- St. Alliantie Voeding in de zorg. (2021b). IBSQutrition: voeding om klachten bij PDS te verminderen. St. Alliantie Voeding in de Zorg. [h- ps://www.alliantievoeding.nl/nl/actueel/ibsqutrition-voeding-om-klachten-bij-pds-te-verminderen](https://www.alliantievoeding.nl/nl/actueel/ibsqutrition-voeding-om-klachten-bij-pds-te-verminderen).
- St. Alliantie Voeding in de zorg. (2021c). Inzet Eetscore bij patiënten met in ammatoire darmziekten: inzicht in voedingspatroon. St. Alliantie Voeding in de Zorg. [h- ps://www.alliantievoeding.nl/nl/actueel/inzet-eetscore-bij-patienten-met-infl-ammatoire\[1\]darmziekten-inzicht-in-voedingspatroon](https://www.alliantievoeding.nl/nl/actueel/inzet-eetscore-bij-patienten-met-infl-ammatoire[1]darmziekten-inzicht-in-voedingspatroon).
- St. Alliantie Voeding in de zorg. (2021d). Onderzoek naar voeding moet dwarslaesiepatiënten met darmproblemen helpen. St. Alliantie Voeding in de Zorg. [h- ps://www.alliantievoeding.nl/nl/actueel/onderzoek-naar-voeding-moet-dwarslaesiepatienten-met\[1\]darmproblemen-helpen](https://www.alliantievoeding.nl/nl/actueel/onderzoek-naar-voeding-moet-dwarslaesiepatienten-met[1]darmproblemen-helpen).
- Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L, et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: a 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr*. 2011;30:289–96.
- Treacy, M. & Wiersema, F. (1993). Customer Intimacy and Other Value Disciplines. *Harvard Business Review*, 71(1), 84-93.
- Trinca V, Duizer L, Keller H. Putting quality food on the tray: Factors associated with patients' perceptions of the hospital food experience. *J Hum Nutr Diet*. 2022;35:81–93.

- Trinca V. "Putting Quality Food on the Tray": Assessing Patients' Expectations and Experiences of Meals Served in Sixteen Ontario Hospitals Author's Declaration. *UWSpace*. Available through: <http://hdl.handle.net/10012/16399>.
- Trinca V, Iraniparast M, Morrison-Koechl J, Duizer L, Keller H. Hospital Food Experience Questionnaire (HFEQ): Reliable, valid and predicts food intake in adult patients. *Clin Nutr*. 2021;40:4011–21.
- Vadivelloo, M., Morwitz, V., & Chandon, P. (2013). The interplay of health claims and taste importance on food consumption and self-reported satiety. *Appetite*, 71, 349-356.
- Watters CA, Sorensen J, Fiala A, Wismer W. Exploring patient satisfaction with foodservice through focus groups and meal rounds. *J Am Diet Assoc*. 2003;103:1347–9.
- Wessels, K., K. Kraaijeveld, H. Bovekerk (2018), 'Zo werkt de zorg', De Argumentenfabriek.
- Wright O, Capra S, Aliakbari J. A comparison of two measures of hospital foodservice satisfaction. *Aust Health Rev*. 2003;26:70–5.

Bijlage A

Vragenlijsten experiment ZINN

Kamernummer: _____

Geslacht Vrouw Man Anders

Hoeveel jaren woont u in de provincie Groningen? _____

Welk betaald beroep heeft u het langst gehad in uw leven? _____

Wat is uw hoogst afgeronde opleiding? _____

Laat weten wat u vindt door de rondjes aan te kruisen



helemaal oneens



oneens



neutraal



eens



helemaal eens



Eten uit de regio is beter voor het milieu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eten uit de regio is goed voor je gezondheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eten uit de regio smaakt beter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mijn sociaal leven voldoet aan mijn verwachtingen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn sociale leven is uitstekend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben tevreden met mijn sociale leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb de belangrijke dingen die ik wil in mijn sociale leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Laat weten hoe verbonden u zich met de provincie Groningen voelt.



Groningen is voor mij heel speciaal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Groningen betekent veel voor mij.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben erg gehecht aan Groningen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wonen in Groningen zegt veel over wie ik ben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel dat ik een deel van Groningen ben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Instructies

Zie deze ladder als een voorstelling van waar mensen staan in Nederland.

Bovenaan de ladder staan de mensen die het beste af zijn - zij die het meeste geld hebben, de meeste opleiding en de meest gerespecteerde banen. Onderaan staan de mensen die het slechtst af zijn - zij die het minste geld, de minste opleiding, de minst gerespecteerde banen of geen baan hebben.

Hoe hoger je op deze ladder staat, hoe dichter je bij de mensen helemaal bovenaan staat; hoe lager je staat, hoe dichter je bij de mensen helemaal onderaan staat.

Zet een grote "X" op de trede waar je denkt dat je in je leven staat in vergelijking met andere mensen in Nederland.

Instructies

Zie deze ladder als een voorstelling van waar mensen staan in hun gemeenschap. Mensen definiëren gemeenschap op verschillende manieren; definieer het op de manier die voor jou het meest van betekenis is.

Bovenaan de ladder staan de mensen die het hoogst staan in hun gemeenschap. Onderaan staan de mensen die het laagst staan in hun gemeenschap.

Zet een grote "O" op de trede waarvan je denkt dat je in je leven staat in vergelijking met andere mensen in je gemeenschap.



Kamernummer: _____

Laat weten wat u van de maaltijd vindt door de rondjes aan te kruizen



Hoe ziet de maaltijd eruit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe ruikt de maaltijd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe smaakt de maaltijd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe voelt het eten in de mond?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is de maaltijd warm genoeg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Markeer hoe vol u zit na de maaltijd



Hoe vol zat u na de maaltijd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoeveel kunt u nog meer eten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was de maaltijd genoeg voor u?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Markeer hoe u zich voelde tijdens de maaltijd



geërgerd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	verheugd
niet blij	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	blij
ontevreden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	tevreden
verveeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ontspannen
slecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	goed

Marklinq

Marklinq is een instituut voor toegepast marketingonderzoek van de Hanzehogeschool Groningen. Binnen Marklinq wordt marketingkennis ontwikkeld dat direct toepasbaar is voor de praktijk. Zowel op eigen initiatief als op basis van vragen vanuit de praktijk worden onderzoeken uitgevoerd door docent-onderzoekers en waar mogelijk door studenten.

marklinq@org.hanze.nl



Marklinqpublicatie nr. 29